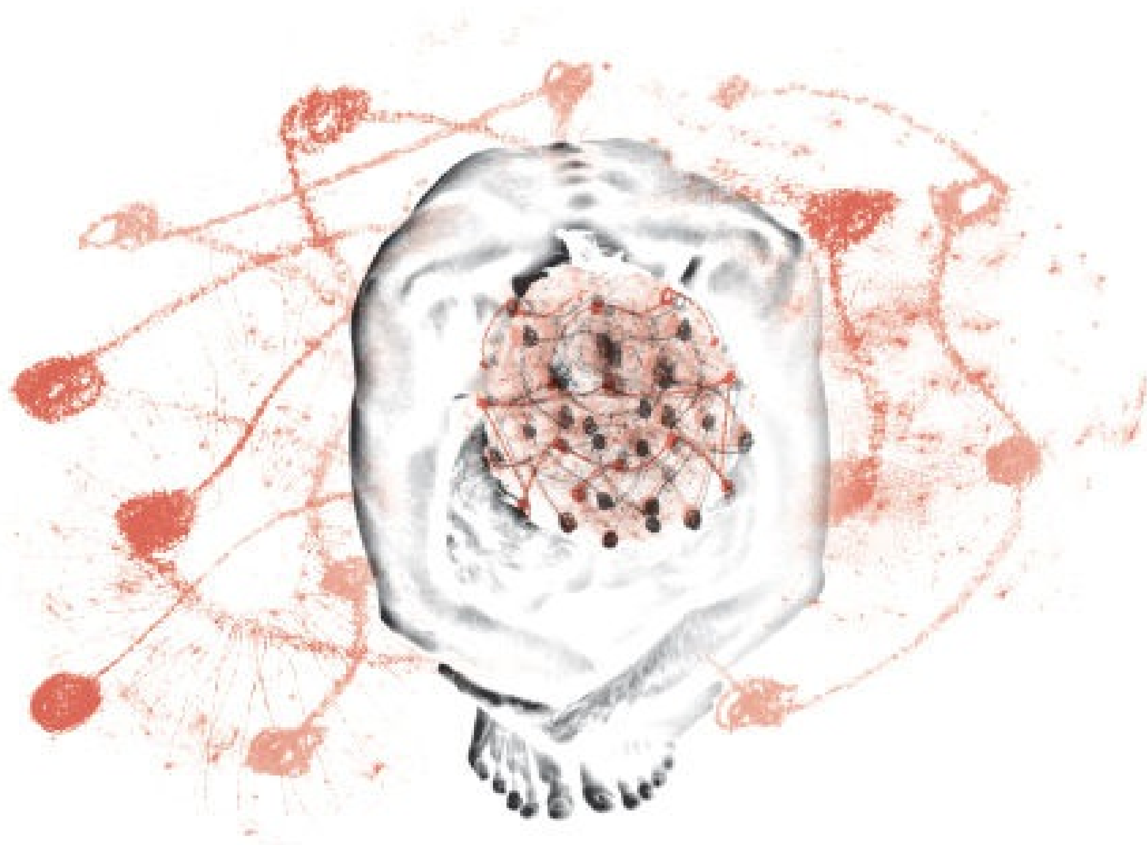
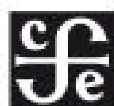
Psiquiatría de las adicciones

Guía para profesionales de la salud

Mario Souza y Machorro





BIBLIOTECA DE LA SALUD
MÉTODOS

Mario Souza y Machorro es médico cirujano con especialidad en psiquiatría y psicoanálisis, profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM y autor de numerosos artículos publicados en revistas especializadas. Formó parte de la Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos de los Centros de Integración Juvenil, además de coordinar la maestría en psicoterapia de las adicciones del Colegio Internacional de Educación Superior (CIES). Actualmente labora como consultor privado.

BIBLIOTECA DE LA SALUD

PSIQUIATRÍA DE LAS ADICCIONES

MARIO SOUZA Y MACHORRO

Psiquiatría de las adicciones

GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

Primera edición, 2010
Primera edición electrónica, 2016

Diseño de portada: Laura Esponda Aguilar

Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14738 México, D. F.
Empresa certificada ISO 9001:2008



Comentarios:
editorial@fondodeculturaeconomica.com
Tel. (55) 5227-4672

ISBN 978-607-16-2326-3 (mobi)

Hecho en México - *Made in Mexico*

La vida es breve,
el arte largo,
la ocasión fugaz,
el conocimiento dudoso
y el juicio difícil.

HIPÓCRATES

El arte, la técnica y la
ciencia del hombre,
al servicio del hombre.

M. SOUZA

A Lulú, mi quimera.

Para Leonardo y Andrés,
paradigmáticos senderos de mi camino.

ADVERTENCIA

El material que compone esta obra deriva de trabajos de investigación y docencia presentados en cursos, reuniones, simposios y congresos realizados en los últimos años en distintas instituciones educativas y de salud del país.

El libro se compone de una secuencia clínica teórica y práctica con espíritu didáctico, cuyo tenor humanista propone una *Psiquiatría de las adicciones* que refuerce, entre otras actividades, la formación y actualización clínicas del personal que labora en áreas de la salud.

Los temas elegidos con base en su importancia en términos del valor de su aportación, congruencia teórica y necesidad aplicativa pautan los temarios formativos en la materia y, simultáneamente, al conformar una edición, reúnen, actualizan y difunden el material disponible que priva en los espacios profesionales.

La obra representa, asimismo, una visión complementaria de las vertientes participantes, con la finalidad de mostrar un acercamiento a la comprensión cabal de un grave problema de salud pública que requiere mayor precisión y profundidad, destinado a brindar conclusiones certeras y resultados más adecuados en países latinoamericanos como el nuestro, donde aún privan —deplorablemente— el desconcierto y la praxis dudosa del manejo profesional del problema.

PRÓLOGO

Las adicciones y los trastornos mentales son responsables de una alta proporción de la enfermedad en el mundo. Alrededor de una de cada tres personas de la población general, con dependencia de sustancias, padece también un trastorno mental, proporción que aumenta a la mitad cuando se considera sólo el abuso de drogas ilegales. Cuando estas enfermedades coocurren, la calidad de vida de quienes las padecen se ve disminuida.

La ocurrencia simultánea de ambos tipos de trastornos puede obedecer a un diagnóstico primario de enfermedad mental con un diagnóstico secundario de abuso de sustancias, que agrava el padecimiento mental; un diagnóstico primario de dependencia de sustancias con complicaciones psiquiátricas que llevan a la enfermedad mental; trastornos coocurrentes que se exacerban mutuamente o experiencias traumáticas que llevan a padecer ambos trastornos.

Esta comorbilidad tiene importantes implicaciones para la prevención y el tratamiento. Se sabe, por ejemplo, que en una buena proporción de casos las enfermedades mentales ocurren antes de que los individuos se encuentren con las drogas; sin incluir los padecimientos propios de la infancia, los trastornos por ansiedad son los que ocurren de manera más temprana; alrededor de dos terceras partes de los mismos se presentan antes de que se inicie el consumo de sustancias. Lo mismo ocurre con la mitad de los trastornos depresivos. Cuando estos trastornos no son tratados de manera oportuna, la probabilidad de que un individuo que se encuentra con las drogas en la adolescencia experimente con ellas, las use regularmente y desarrolle dependencia, se incrementa entre 3.3 y 14 veces, en el caso de los trastornos por ansiedad, y entre 4.4 y 18.6 veces, cuando se trata de trastornos depresivos.

Este elevado riesgo de desarrollo de dependencia atribuible a la preexistencia de trastornos mentales no tratados coloca la atención de estos padecimientos como una de las estrategias preventivas más prometedoras, con una ventana de oportunidad para la intervención de alrededor de los siete años.

Al mismo tiempo, la evidencia sugiere que la preexistencia de condiciones mentales, si bien aumenta el riesgo de adicción, no es causa necesaria ni suficiente para el desarrollo de dependencia. Los factores genéticos, de desarrollo

y del contexto en el que se desenvuelven los individuos desempeñan un papel preponderante.

También se ha visto que las manifestaciones tempranas de los trastornos de la ansiedad se resuelven en su mayoría antes de llegar a la edad adulta; sin embargo, cuando se desarrolla también dependencia de sustancias, los individuos maduran con ambos padecimientos. Es por esto muy frecuente que en la práctica clínica se dé esta coocurrencia hasta en dos terceras partes de los enfermos, sin considerar los trastornos de la personalidad.

El programa terapéutico a seguir debe considerar factores como el tipo de trastorno, su historia natural, su severidad, el tipo de sustancias que se consumen, las implicaciones de prescribir fármacos susceptibles de abuso en personas que tienen propensión al abuso y a la dependencia, entre muchos otros factores.

La mejor práctica es tratar ambas condiciones juntas; desafortunadamente, en la realidad esto no ocurre. Es por esto que el libro del doctor Mario Souza y Machorro, *Psiquiatría de las adicciones*. *Guía para profesionales de la salud,* es especialmente relevante y bienvenido.

DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente M.

INTRODUCCIÓN

Llamarle "vicio" a la patología adictiva es síntoma de rezago educativo en la educación médica comunitaria. El castigo como forma de tratamiento a abusadores/adictos a psicotrópicos es obsolescencia iatrógena inadmisible, que deviene en prejuicios e interpretaciones equívocas. Además, afecta definitivamente el manejo de los casos y su compleja comorbilidad. Ambos enfoques, el profesional y el paraprofesional, son complementarios y vigorizan el abordaje terapéutico, siempre que ubiquen adecuadamente cada esfuerzo, de acuerdo con los requerimientos propios de cada paciente/familia, a lo largo de la historia natural de la enfermedad adictiva.

Tales requerimientos son señalados pertinentemente, tanto por la planeación de las acciones a emprender como por su evaluación inmediata posterior, las cuales son herramientas indispensables de los programas diseñados *ad hoc* y son, por cierto, piezas clave en la diferenciación de los modelos no profesionales.

La psiquiatría de las adicciones invalida la improvisación; propone nuevas y mejores perspectivas diagnóstico/terapéuticas, en términos de su diseño y su costo/efectividad. Además, busca desarrollar modelos de control del consumo más eficaces para la reducción de su impacto individual/social y, a la vez, diseña, produce y actualiza las medidas clínicas y educativo-preventivas a través de la producción y diseminación adecuada y oportuna de información veraz, encaminada a prevenir, rehabilitar e investigar apropiadamente esta nosología. Todo lo cual debe reforzarse indispensablemente en la formación de nuevos profesionales que atiendan tales demandas, en el marco de la normatividad de la salud y la sistematización del conocimiento contemporáneo.

La prosopolepsia (de *prosopon* = "máscara" y *lapsus* = "error", "equivocación") significa confundir al otro con su apariencia o estereotipo social. Se trata de un efecto psicológico que predispone a la distancia y altera, obstruye o imposibilita la buena relación humana, toda vez que cristaliza en imaginería, miedos y temores. La prosopolepsia origina actitudes y conductas inadecuadas e injustas: los prejuicios humanos. Véase cómo, en la confusión social existente respecto al vicio y el castigo como forma de tratamiento a los abusadores y adictos, se etiqueta erróneamente el problema de las adicciones. En términos de ese prejuicio, sirve conocer la prosopolepsia puesto que permite la comparación y

evaluación de la realidad *versus* la ignorancia, la fantasía y su falacia implícita; es decir, nos acerca —si así la interpretamos— a la objetividad, a la veracidad y al realismo.

Las adicciones están plagadas de prejuicios e incomprensión aun entre quienes laboran en el gremio de la salud. La incomprensión social de los adictos es producto de prejuicio, ignorancia y mala interpretación, por lo que es tarea de la educación en salud mental combatirla y desmitificar todo aquello que se requiera para reorientar la buena voluntad de las personas de la comunidad.

En el principio, cuando los profesionales desdeñaron ofrecer ayuda formal a los pacientes abusadores/adictos, debido a la incomprensión que brindaba el uso de ese modelo moral, entonces prevaleciente, que no reconocía el padecimiento como enfermedad sino que los tipificaba como viciosos, eso los impelió a agruparse, y en favor de su defensa gremial e individual produjeron los grupos de ayuda mutua (denominación legal actual de los grupos de autoayuda como AA, NA, etc.), los cuales, hoy, son trascendentales en todo el mundo.

Han pasado los años y mejorado los conocimientos, se han superado ciertos prejuicios y reunido mejores criterios; en ese más de medio siglo se avanza por la senda de un mejor enfoque científico, con respeto y equidad en los derechos humanos, todo lo cual ha servido para ofrecer una mejor respuesta a la demanda psicosocial de los pacientes adictos y su problemática de vida.

En la actualidad las agrupaciones médicas y científicas del orbe reconocen la necesidad de atender esta prioridad de salud pública. Los esfuerzos encauzados han crecido y se han organizado a tal punto que se ha creado una nueva psiquiatría de las adicciones dedicada al efecto, con la esperanza de comprender mejor el problema y ofrecer mejores respuestas de atención comunitaria.

Las recomendaciones de los expertos han producido revistas internacionales, manuales de tratamiento y diversos materiales que refuerzan la comprensión del fenómeno vía integración, como lo sugiere Prochaska. Al reunir en la terapia las ventajas de la psicoterapia psicoanalítica y otros métodos conductuales se favorecen la modificación de los síntomas y su internalización psíquica, a efecto de estimular la reflexión y reforzar las conductas saludables y la adquisición de mejores estilos para afrontar los problemas.

En consecuencia, es preciso desarrollar modelos de control del consumo para la reducción de su impacto social, y a la vez contar con el uso de medidas educativo-preventivas como elementos indispensables de control, a través de la producción y diseminación adecuada y oportuna de información veraz, a fin de prevenir, tratar, rehabilitar e investigar apropiadamente esta patología, lo cual requiere la formación de nuevos profesionales que atiendan tales demandas.

Cuando los problemas derivados del consumo abusivo ya han consolidado su plano destructivo, se precisan intervenciones terapéuticas efectivas y su continuación a largo plazo. La personalidad premórbida de los pacientes, ansiosa, compulsiva, depresiva, dependiente, sociopática, etc., promueve

actitudes, eficacia y rendimientos distintos. Su cosmovisión enfrenta diferentes sufrimientos y mecanismos de solución, los cuales pueden ser tan ineficaces como la propia alienación y la intoxicación.

Pero cualquiera que sea la solución del problema, éste reclama una participación social más efectiva y sostenida, y mejores recursos destinados a actividades más específicas en la orientación de la salud colectiva. Hoy la salud mental y las adicciones en México cuentan con una legislación que debe ser respetada cabalmente. Su omisión e ignorancia —fuentes de la iatrogenia y la charlatanería— dificultan el curso de los procedimientos clínico-terapéuticos contra la enfermedad adictiva y su comorbilidad, debido a lo cual no puede lograrse la deseable modificación de la afectación individual y colectiva que tal problemática produce.

Por lo tanto se vuelve imprescindible que las instituciones oficiales y privadas se apeguen a los marcos jurídicos existentes y que supervisen adecuadamente al personal, desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones, en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, con auténtico espíritu de servicio.

En otras palabras, nos toca en suerte presenciar cómo se producen en el campo profesional actividades clínicas —en ambientes controlados o libres de drogas— dirigidas a cubrir el amplio espectro de la historia natural de la enfermedad, desde la intoxicación aguda y la abstinencia hasta el control a largo plazo del padecimiento adictivo.

Pero hemos de hacer nuestros los propósitos de la normatividad de salud en el país en la búsqueda del bienestar físico y mental del hombre, dirigido al ejercicio pleno de sus capacidades a través de programas diseñados al efecto, sabedores de que un paciente tarda en llegar a tratamiento un promedio de cinco años y, cuando lo hace, la mecánica institucional para completar el procedimiento propedéutico, nosológico, terapéutico, rehabilitatorio y educativo-preventivo puede convertirse en una de las principales causas de que lo abandone.

Nuestros objetivos deben ofrecer una terapéutica residencial oportuna y de alta calidad, que contribuya a la reducción del uso, abuso, mal uso y adicción a psicotrópicos, así como otros problemas físicos y psicosociales concomitantes y derivados de ello en el ámbito individual, familiar y social. Por eso elegimos aquellos modelos que responden a la necesidad nacional, regional y estatal de dar atención a los problemas adictivos.

Dichos modelos contemplan la opinión de los expertos que conceptúan la adicción como un trastorno mental que afecta a individuos y comunidades, con base en los criterios de la OMS. El abordaje profesional individualizado reúne los diferentes enfoques contenidos en la esfera sociocultural, biopsíquica y rehabilitatoria de los pacientes y sus familias, procurando, asimismo, evitar

recaídas y promoviendo el acceso o, en su caso, la reinserción en una vida libre y participativa en la sociedad.

Un procedimiento tal, que es a la vez interdisciplinario e interdependiente, admite la participación de psiquiatras, médicos interconsultantes de diferentes especialidades, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, instructores especializados y consejeros en adicciones, ofreciendo así un diagnóstico integral, un tratamiento eficiente y costo-redituable en términos de su utilidad e impacto psicosocial en un ambiente clínico *ex profeso*.

En el marco de la modernidad clínica se privilegia el uso de instrumentos clínicos codificados, clinimetría y empleo de la metodología de laboratorio y gabinete, valoración psicológica y psicodiagnóstico. Su técnica promueve la motivación terapéutica, el mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas, e incorpora al manejo psicológico individual la terapia de grupo y la terapia de grupos de familias.

De modo que la labor propuesta incluye actividades deportivas, recreativas, musicales y culturales, manteniendo su supervisión psicosocial sobre la rehabilitación a largo plazo a nivel escolar, laboral y sociofamiliar con apoyo de los grupos de ayuda mutua, así como para favorecer la promoción del crecimiento personal a largo plazo con psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica individual. Todo programa de este tipo, por recomendaciones de la OMS, debe dirigirse contra la automedicación, el consumo perjudicial, los síndromes de intoxicación y abstinencia, los trastornos psicóticos y amnésicos, la dependencia propiamente dicha y todos aquellos trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otros psicotrópicos, a los cuales se agrega su comorbilidad.

Así, los usuarios de tales programas serán las personas que consumen psicotrópicos y que han desarrollado efectos contra su salud a distintos niveles, que muestran estilos de vida nocivos para ellos mismos, su familia o la comunidad, y aquellos que, debido a sus condiciones de riesgo y características particulares, se encuentran en mayor posibilidad de caer en problemas de consumo o sus consecuencias directas e indirectas. Por tal razón, los recintos terapéuticos son de ingreso voluntario para personas de uno y otro sexo, a partir de los 18 años, que reúnan los criterios clínicos de inclusión para ser atendidas, según sea el caso, en servicios de urgencia, internamiento residencial y consulta externa en el lapso de cinco años de manejo, divididos en periodos de acuerdo con su evolución.

Tales programas han de alojar a todas aquellas personas que requieren terapéutica profesional, bajo la consigna de brindar realmente un tratamiento benéfico a los usuarios en el marco de intervenciones de alto nivel y auténtica labor social. Los expertos de la OMS han vaticinado que en los próximos años la depresión y las adicciones serán los representantes de la morbimortalidad mundial. Por lo tanto, debemos estar preparados.

La labor que conecta la producción científica, su decodificación en términos accesibles y su posibilitación para que llegue a todo público lector es una actividad que pocos profesionales intentan, ya que la mayoría de los mismos prefieren dirigir sus esfuerzos a publicar en revistas científicas de más elevado nivel o en foros de especialistas donde se "refríen" los datos y reverbera el conocimiento, sin que por ello se produzca *a fortiori* ganancia directa para la salud colectiva.

En innumerables ocasiones el saber del docto se queda en él o acaso se comparte con sus colegas. Y aunque es deseable que el profesional de la salud eduque a sus pacientes y alumnos, como en el caso de los especialistas conectados con las adicciones (psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, psicoterapeutas, psiquiatras, psicoanalistas, ginecólogos, urólogos, pediatras, internistas, médicos forenses, etc.), esta labor no siempre desciende hacia la población con la que trabaja o se tiene contacto. Y así, subestimada prejuiciosamente, la problemática de las adicciones es cambiada por la discusión del diagnóstico, el manejo, la rehabilitación, la investigación o la divulgación a niveles "preferenciales", curricularmente hablando.

Ocurre que la gente de nuestro país lee poco, a menudo sólo ojea ciertos textos de autores extranjeros y algunos siempre disponibles autores advenedizos carentes de instrucción formal en la materia, cuyos materiales se adquieren en cafeterías y tiendas de autoservicio pero nunca en librerías especializadas, por lo que su contenido resulta sólo parcialmente cierto y a menudo está politizado o bien carece de fundamento académico.

Y por si esto fuera poco, muchos de los libros disponibles sobre el tema no son de autores nacionales que reflejen la condición que se vive en el país; algunos de ellos se encuentran deficientemente traducidos y publicados más con intenciones de lucrar que con ánimo educativo.

El resultado final es la ignorancia. Cuando no se discuten los temas, no se plantean los argumentos ni se disemina conocimiento veraz, la población de nueva cuenta recorre el camino de la enfermedad, el sufrimiento y la enajenación social.

El objetivo de la obra es lograr un periodismo científico que facilite información para señalar pautas preventivas, de manejo o canalización, en su caso, de algunos de los problemas más relevantes que enfrenta la comunidad, derivados de lo que se estima pueda ser una posición reduccionista y radical.

La obra ha sido dividida en una serie de capítulos que compendian sucintamente lo más importante del tema. Se dirige a cualquiera de los perfiles profesionales que constituyen el profesional de la salud y otros interesados, a efecto de desmitificar falsos conceptos, aclarar y rectificar dudas y prevenir el inadecuado manejo que se le ha dado socialmente al problema.

El "instrumento" del conocimiento necesita hacerse accesible y cognoscible, es decir, traducir el valor de los conceptos a realidades tangibles y concretas y

posibilitar a la teoría para convertirse en praxis.

La pretensión inagotable del saber exige el suministro perenne de una nueva pregunta que, en la búsqueda de la correspondiente solución, se aloja, en el mejor de los casos, en el lecho de su aplicación.

La abundante descripción del texto supone la orientación suficiente y necesaria para satisfacer la inquietud del profesional de la salud y demás interesados en el tema a los que se dirige la obra, avalada por los distintos puntos de vista aceptados en la literatura científica actual.

La obra contiene una completa bibliografía al día, e incluye un glosario de términos destinado a aquellas personas a quienes una breve explicación adicional podría resultarles esclarecedora en ciertos aspectos del tema.

Esta síntesis se hará relevante sólo si logra aceptación, si promueve la discusión y la controversia de un tema rechazado y de difícil valoración, en el que sobran prejuicios, política e ideología y donde faltan conocimiento, veracidad y objetividad. Tal postura anhela consolidar el famoso paradigma de la profesión: "La verdad os hará libres".

Esperamos, en beneficio de todos, que la labor de los involucrados sea fecunda. El periodismo científico, espíritu de esta obra, pretende consolidarse en el paradigma: "El arte, la ciencia y la técnica del hombre, al servicio del hombre".

MARIO SOUZA Y MACHORRO
Oro Chico, 2010

PRIMERA PARTE
DEFINICIÓN Y ENTORNO

I. NORMATIVIDAD EN SALUD Y ADICCIONES*

ENTRE los problemas psiquiátricos de salud pública más graves del mundo contemporáneo está la patología adictiva y su comorbilidad (SSA, 1998; ENA, 1998; Souza, 2000e).

En México, el diversificado consumo de psicotrópicos, mariguana, alcohol y disolventes volátiles ocupó hace unos años un lugar preferencial en las tasas de abuso de sustancias, especialmente entre los jóvenes del país (Prado, 2000; Souza, 2000e). Actualmente, después de innumerables acciones emprendidas por las diversas instituciones que luchan contra su diseminación y consecuencias patógenas, las mismas señalan que su potencialidad destructiva aún ocupa un lugar primordial entre abusadores y adictos a psicotrópicos (SSA, 1998; ENA, 2008; Souza, 1979a; Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 1999; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999).

A ello se agrega que el tabaquismo y el abuso del alcohol están ampliamente difundidos entre niños, jóvenes y mujeres (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; SSA, 1999). La edad de inicio de consumo de psicotrópicos ha descendido, y sigue generalizándose en la población el abuso de cocaína como droga de inicio (SSA, 1999; Prado, Martínez, Martínez, Mercado y Souza; CIJ, 2002), sin contar el consumo de fármacos de uso médico por automedicación con finalidad tóxica, así como otros sedantes opiáceos y nuevas drogas de "diseño" (metil-endioxi-metanfetamina) (Prado, Martínez, Martínez, Mercado y Souza; CIJ, 2002). Sin embargo cabe destacar que, muy a pesar de la gran dispersión del fenómeno adictivo, que rebasa las medidas y recursos destinados a su control, el panorama actual para el abordaje y la terapéutica clínica de esta severa problemática muestra, por fin, un nuevo escenario de lucha: una potencialidad institucional en desarrollo, que reorganiza conceptualmente, con sus modificaciones normativas, la profesionalización del modelo y sus procedimientos en forma integral, con miras a una mejor comprensión y manejo (Ley General de Salud, 2001).

De hecho, se ha puesto de manifiesto la relevancia de tales lineamientos, que en materia de salubridad general rigen la atención de los usuarios de los servicios de salud, imprescindibles en el manejo de problemas adictivos (CIJ, 2002). De ahí que las acciones reportadas y las estrategias tiendan a seguir el marco de una

normatividad más precisa y adecuada, comentada en su requerimiento indispensable desde hace varios lustros (Souza, 1981; Souza, 1990b; Souza, 2007a), ya que faculta mejores procedimientos del amplio espectro de manejo de los casos, desde la prevención a la rehabilitación (Souza, 2001e; Prado, 2000; Souza, 1990b). El derecho a la protección de la salud está inscrito en la Constitución mexicana y lo reglamenta la Ley General de Salud (Ley General de Salud, 2001). Las instancias terapéuticas del país en materia de adicciones, para el logro cabal de sus objetivos, han de consolidar las consideraciones (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993), que son el espíritu de dicha legislación: el logro del bienestar físico y mental del hombre enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población (Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 1999; Souza, 2007a). Consideraciones, todas, que se aparejan *a fortiori* a la vigorización, adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, lo que, por otra parte, se nutre a título indispensable del desarrollo de programas de enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Al tomar en cuenta las acciones correspondientes se comprende por qué la sola labor de desintoxicación que realizan algunos grupos de los distintos niveles de actuación en el tema, sin el logro de una abstinencia permanente —y en la medida de lo posible, sin recaídas, aunque éstas sean parte de la evolución de los casos de abuso/adicción—, nunca es suficiente para consolidar un manejo adecuado del caso, toda vez que no podrían recuperarse las potencialidades perdidas ni alcanzarían a desarrollarse otras nuevas (Souza, 2000e; Souza, 2007a; Levin, Bisaga y Kleber, 2002) (cuadro I.1). Sólo tal mejoría, ajustada a las condiciones de cada paciente (Souza, 2000e; Souza, 2007a; K. M. Carroll, 2000), es capaz de llevarlos a la superación de su compleja enfermedad a través de una auténtica y global reivindicación como seres humanos, en los planos individual, familiar y social (Souza, 2000e; Souza, 1979a; K. M. Carroll, 2000; Westreich, 2002; Souza, 2007a). La legislación mexicana de la salud considera, en el marco de la salud pública, la atención médica preferencial en beneficio de los grupos vulnerables, donde incluye la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos para la salud y la coordinación de la investigación para la salud; la educación para la salud a la población; los programas específicos contra las adicciones y el control sanitario de la publicidad, de actividades, productos y servicios vinculados (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Por

su parte, los servicios destinados a garantizar el derecho a la protección de la salud, a través de programas de educación para la salud, acciones de prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles más frecuentes, y de los accidentes, hermanan la salud mental con la asistencia social; sus programas de protección de la salud y prestación de servicios fortalecen la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud y tienden a incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Todo lo cual se encuentra, como se ve, íntimamente relacionado con las adicciones y su manejo institucional.

CUADRO I.1. *Actividades de atención terapéutica de las adicciones por tipo y nivel*

1. Aquellas instituciones que llevan a cabo entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo o bien preventiva a largo plazo y otras acciones).

2. Las que ofrecen atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.), como los grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales —entendidos como profesionales no médicos—, el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizado con base en una actividad “profesionalizada” (los que se dedican a ello sin contar con profesión), es decir, quienes ofrecen asesoría gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades.

3. Las consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas) que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina, es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca.

4. La atención profesional médica general en unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados, así como en otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud.

5. Las consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general.

6. La atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos.

7. La atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de la que se derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del

problema, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado.

FUENTE: Modificado de Souza, 1998a.

La legislación, asimismo, otorga prioridad a la prevención de las enfermedades mentales, con base en el conocimiento de los factores que la afectan, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control, así como otros aspectos relacionados. A efecto de lograr la promoción de la salud mental la Ley General de Salud establece (Ley General de Salud, 2001) que la Secretaría de Salud y otras entidades deben fomentar y apoyar el desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a su desarrollo, preferentemente para la infancia y la juventud; la realización de programas para la prevención del uso y abuso de psicotrópicos, estupefacientes, disolventes volátiles y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental colectiva. Por lo tanto, la atención de las enfermedades mentales comprende la atención de personas con tales padecimientos, la rehabilitación psiquiátrica de los enfermos crónicos, los deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente sustancias psicotrópicas, y la organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas a su estudio, tratamiento y rehabilitación. Se espera así que el internamiento u hospitalización de personas con tales padecimientos en establecimientos destinados a ello asuma principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales determinados al efecto (SSA, 1999; Ley General de Salud, 1993). Y como la secretaría está facultada para crear las normas oficiales mexicanas, NOM, a fin de prestar atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios u otras instituciones no especializadas en salud mental, recomienda las normas y criterios para la formación, capacitación y actualización de recursos humanos para la salud y la promoción de actividades requeridas para la satisfacción de las necesidades del país en la materia.

De ello se desprende que la secretaría y los gobiernos de las entidades federativas tienen el encargo de coadyuvar con las autoridades e instituciones educativas en el señalamiento de los requisitos para la apertura y el funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en sus diferentes niveles académicos y técnicos, lo cual es relevante para la terapéutica antiadictiva, especialmente respecto de la definición del perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). En tal sentido, la legislación establece (Ley General de Salud, 2000) que la investigación para la salud comprenda el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de

los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de salud considerados prioritarios para la población; al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. En consecuencia, la investigación en este ámbito exige el cumplimiento de ciertos requisitos mínimos indispensables.

CUADRO I.2. *Algunas características del manejo paraprofesional en adicciones*

1. Tratamiento (modelo moral) como castigo
2. Recomendaciones generales como guía
3. "Generalización" y sobresimplificación del fenómeno
4. Indoctrinación (12 pasos y otros documentos)
5. "Terapéutica" no individualizada
6. Terminología propia (no comparativa)
7. Creación y/o mantenimiento de mitos
8. Semántica paracientífica (tocar fondo, etc.)
9. Uso de misticismo y lenguaje popular (no técnico)
10. Tipificación sin nosología (etiquetación)
11. Filosofía divergente a las neurociencias
12. Intervenciones subjetivas sin técnica ni métodos psicoterapéuticos
13. No realiza acciones de prevención
14. No realiza acciones de evaluación
15. No realiza investigación
16. Utiliza un modelo educativo informal (sentido común)

FUENTE: Modificado de Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000.

Tal es el caso de la investigación en seres humanos, que debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo relativo a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. Pero sólo podrá realizarse por parte de profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades competentes (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). También es de importancia capital, en esta breve revisión, acotar que las disposiciones en la materia puntualizan claramente que los establecimientos que presten servicios de salud llevarán las estadísticas que les señale la secretaría y proporcionarán la información correspondiente (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley

General de Salud, 1993) (cuadro I.2). Este ordenamiento general (Ley General de Salud, 2000) creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, Conadic, para promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como para proponer y evaluar los programas correspondientes. Estableció la coordinación para la ejecución del programa contra la adicción etílica y abuso de bebidas alcohólicas, a fin de aglutinar en él distintas acciones: la prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcoholodependientes; la educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales (dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva), y el fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993; ENA, 2008). Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se propone la realización de actividades de investigación de los siguientes aspectos: causas del alcoholismo y acciones para controlarlas; efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas; hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). De modo similar, propone la ejecución del Programa contra el Tabaquismo, que comprende diversas acciones: la prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo, y la educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud (dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes) a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos y la prohibición de fumar en el interior de los edificios públicos propiedad del gobierno federal, en los que alberguen oficinas o dependencias de la Federación y en aquellos en los que se otorguen servicios públicos de carácter federal, con excepción de las áreas restringidas reservadas en ellos para los fumadores.

Para ejecutar las acciones contra el tabaquismo se establece (Ley General de Salud, 2000) tener en cuenta la investigación de las causas del tabaquismo y de las acciones para controlarlas, y la educación a la familia para prevenir el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes. Asimismo, el ordenamiento asigna a la secretaría coordinar las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo, promover y organizar servicios de orientación y atención a fumadores que deseen abandonar el hábito, y desarrollar acciones permanentes para disuadir y evitar el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes

(Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Paralelamente, establece la ejecución del Programa contra las Adicciones a través de diversas acciones de prevención y tratamiento y, en su caso, la rehabilitación de los pacientes adictos; la educación sobre los efectos del abuso de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales; la educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la dependencia de fármacos y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento, en el marco de un programa nacional coordinado entre las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993; ENA, 2008).

Al efecto, la normatividad define como bebidas alcohólicas las que contengan alcohol etílico en una proporción entre 2 y 55% en volumen, las cuales no deben expenderse o suministrarse a menores de edad y cuyos envases deben ostentar la leyenda: "El abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud" (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Los medicamentos, de modo semejante a las sustancias psicotrópicas y el alcohol, son definidos como: "toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas". Y fármaco como: "toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento" (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993).

Por lo que atañe a los psicotrópicos, éstos se clasifican en cinco grupos:

1. Con valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública (psilocibina).
2. Los que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública (anfetaminas).
3. Los que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública (barbitúricos, efedrina).
4. Los que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública (biperideno, amitriptilina).
5. Los que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, los cuales se determinarán en las disposiciones reglamentarias

correspondientes (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993).

En tal contexto, es importante resaltar que la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias psicotrópicas o cualquier producto que las contenga, se encuentran comprendidos en la Ley General de Salud, las disposiciones del Consejo de Salubridad General y otras normas del Ejecutivo federal relacionadas con la materia, por lo que los actos a que se refiere este artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos y requerirán, al igual que las sustancias respectivas, previa autorización de la secretaría (Ley General de Salud, 2000; Ley General de Salud, 1993), la cual autoriza la adquisición de psicotrópicos sólo para fines de investigación científica, entregados bajo control a organismos o instituciones, vía protocolo (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Cabe destacar, para una más amplia divulgación, algunas características prácticas de la prescripción de psicotrópicos (fracción III, arts. 245-246): cuando se trate del grupo al que se refieren las citadas fracciones, requerirán para su venta o suministro al público receta médica que contenga el número de la cédula profesional del médico que la expida, la que deberá surtirse por una sola vez y retenerse en la farmacia que la surta, de acuerdo con las disposiciones de la secretaría.

Otros psicotrópicos (fracción IV, arts. 245-246) requerirán para su venta o suministro al público receta médica que contenga el número de la cédula profesional del médico que la expida, la cual podrá surtirse hasta por tres veces, con una vigencia de seis meses, contados a partir de la fecha de su expedición, y no requerirá ser retenida por la farmacia que la surta las primeras dos veces (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993).

Es prerrogativa de la secretaría determinar, tomando en consideración el riesgo que representan para la salud pública por su frecuente uso indebido, cuáles de las sustancias de acción psicotrópica que carezcan de valor terapéutico y puedan ser utilizadas en la industria, artesanías, comercio y otras actividades deban ser consideradas como peligrosas, y sujetar su venta al control de la dependencia (Levin, Bisaga y Kleber, 2002; Ley General de Salud, 1993; Souza, 2007a). En relación con los disolventes volátiles, la secretaría y los gobiernos de las entidades federativas, para evitar y prevenir el consumo de sustancias volátiles que produzcan efectos psicotrópicos en las personas, deben determinar y ejercer medios de control en el expendio de disolventes volátiles para prevenir su consumo por parte de menores de edad e incapaces; establecer sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio y uso de tales sustancias, para evitar su empleo indebido; brindar la atención médica que se

requiera a las personas que realicen o hayan realizado el consumo de disolventes volátiles, y promover y realizar campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de dichos psicotrópicos.

Todo ello sin perjuicio de que a los establecimientos que vendan o utilicen dichas sustancias volátiles con efecto psicotrópico que no se ajusten al control que disponga la autoridad sanitaria, así como a los responsables de los mismos, se les apliquen las sanciones correspondientes (Ley General de Salud, 2000). El decomiso de psicotrópicos (nalbufina, pentobarbital, secobarbital y las sustancias de los grupos III-IV del art. 245) requiere que se dé aviso a la secretaría, para que exprese su interés en alguna o algunas de estas sustancias; cabe destacar que los medicamentos que tengan incorporadas sustancias psicotrópicas que puedan causar dependencia, y que no se encuentren comprendidas en sus disposiciones aplicables (arts. 245-246), son considerados como tales y quedan igualmente sujetos a lo estipulado (arts. 251-252) (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993). Por último, pero en lugar preponderante, se señala el interés de la normatividad (Ley General de Salud, 2000) frente a la publicidad, ya sea dirigida a profesionales de la salud o a la población general. Se destaca la autorización de la publicidad para promover el uso, venta o consumo en forma directa o indirecta de los insumos para la salud, las bebidas alcohólicas y el tabaco, así como otros productos y servicios determinados en el reglamento de la Ley General de Salud (Ley General de Salud, 2000) en materia de publicidad, la cual se sujeta a varios requisitos: la información contenida en el mensaje sobre calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficios de empleo debe ser comprobable; el mensaje debe tener contenido orientador y educativo; los elementos que lo compongan, en su caso, deben corresponder a las características de la autorización sanitaria respectiva; no deben inducir a conductas, prácticas o hábitos nocivos para la salud física o mental que impliquen riesgo o atenten contra la seguridad o integridad física o dignidad de las personas, en particular de la mujer; el mensaje no debe desvirtuar ni contravenir los principios, disposiciones y ordenamientos que en materia de prevención, tratamiento de enfermedades o rehabilitación, establezca la secretaría, y debe estar elaborado conforme a las disposiciones legales aplicables (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 2000).

Por lo que se refiere a publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, ésta no debe asociarse directa o indirectamente con el consumo de bebidas alcohólicas; no debe inducir hábitos de alimentación nocivos ni atribuir a los alimentos industrializados un valor superior o distinto al que tengan en realidad; la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas debe incluir, en forma visual, auditiva o visual y auditiva, según sea para impresos, radio o cine y televisión, respectivamente, mensajes precautorios de la condición del producto o mensajes

promotores de una alimentación equilibrada (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993).

Por otra parte, la publicidad de bebidas alcohólicas y del tabaco debe ajustarse a los siguientes requisitos: limitarse a dar información sobre las características, calidad y técnicas de elaboración de estos productos; no debe presentarlos como productores de bienestar o salud, o asociarlos con celebraciones cívicas o religiosas; no podrá asociar estos productos con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o feminidad; no podrá asociar estos productos con actividades creativas, deportivas, del hogar o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo; no podrá incluir, en imágenes o sonidos, la participación de niños o adolescentes, ni dirigirse a ellos; en el mensaje no podrán ingerirse o consumirse real o aparentemente los productos de que se trata ni podrán participar en dicho mensaje personas menores de 25 años; en el mismo deben apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario empleado, las leyendas a las que se refieren los artículos 218 y 276 (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 2000).

Es importante señalar que la secretaría puede dispensar ciertos requisitos de ley cuando en el mensaje, y en igualdad de circunstancias, calidad, impacto y duración, se promueva la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas, desaliente el consumo de tabaco, especialmente en la niñez, la adolescencia y la juventud, y se advierta sobre los daños a la salud que ocasionan el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el consumo de tabaco. Los horarios en los que las estaciones de radio y televisión, y las salas de exhibición cinematográfica, podrán transmitir o proyectar, según el caso, publicidad de bebidas alcohólicas o de tabaco se ajustarán a lo que establezcan las disposiciones generales aplicables (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993).

La publicidad dirigida a la población en general sólo se efectuará sobre medicamentos de libre venta y remedios herbolarios, y debe incluirse en ella en forma visual, auditiva o ambas, según el medio de que se trate, el texto: "Consulte a su médico", así como otras leyendas de advertencia que determine la secretaría, pero se limitará a difundir las características generales de los productos, sus propiedades terapéuticas y modalidades de empleo, señalando en todos los casos la conveniencia de consulta médica para su uso.

Sólo se autorizará la publicidad de medicamentos con base en los fines con los que estén registrados, y se determinará, asimismo, en qué casos la publicidad de productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud (Ley General de Salud, 2000) deberá incluir, además de los ya expresados, otros textos de advertencia de riesgos para la salud (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993).

Una parte capital del problema terapéutico de las adicciones radica en que a menudo genera un ánimo divergente en los profesionales de la salud, sólo unos

cuantos de los cuales disponen de preparación formal, mientras que el resto —bajo el aval discrecional del Estado— actúa sólo con el favor de su experiencia subjetiva (Hsu y Fishman, 2002; Souza, 2007a).

De estos últimos, la mayor parte lo hace desde el empirismo y sin bases observacionales confiables, por lo que aún persisten cierto grado de confusión, iatrogenia y diversos tipos de charlatanería que desacatan la normatividad al efecto (Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999; Souza, 2000d; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998). Otra parte del asunto se liga a la diversidad de modelos curativos empleados (Souza, 2001a; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998), abordajes que, desde la perspectiva de sus respectivas filosofías, y por distintas razones intrínsecas y ajenas, no contribuyen aún a integrar la unidad funcional que permita ofrecer, en conjunto, la respuesta social unitaria y eficaz que el problema requiere (SSA, 1998; Souza, 2000e; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Ley General de Salud, 1993; Hsu y Fishman, 2002; Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999; Souza, 2000d; Souza, 2007a).

CUADRO I.3. *Principales instrumentos codificados y cuestionarios para la detección de consumo de alcohol*

- CAGE (Cut down, Annoyed by Criticism, Guilty about drinking, Eye-opener drinks) es uno de los más sencillos y fáciles de usar.
- MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) cuenta con varias versiones abreviadas. Es el más confiable y preciso de los métodos disponibles actualmente, pues con sólo tres preguntas de las 24 que conforman la prueba se abarca casi el 30% de la puntuación total (¿Alguna vez has asistido a una reunión de A. A.? ¿Has buscado ayuda con alguien por tu forma de beber? ¿Has estado en un hospital por haber bebido?)
- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) es muy útil para identificar bebedores con nivel de consumo peligroso.
- EADA (Escala Autoadministrada de Detección de Alcoholismo) sirve para realizar autodiagnóstico.
- MAC (Escala de Alcoholismo de MacAndrew) es útil en pacientes que niegan ante preguntas directas sobre el beber.
- CMF (Cuestionario Mortimer-Filkins) tamiza entre pacientes alcohólicos y bebedores problema.
- IBA (Índice para Bebedores Adolescentes) discrimina estilos de beber: automedicamentoso *versus* rebelde.
- CIDI (Composite International Diagnostic Interview) es una entrevista psiquiátrica estructurada que tamiza el alcoholismo en etapas sintomáticas y

constituye un instrumento básico en la investigación epidemiológica psiquiátrica.

FUENTE: Modificado de Souza, Martínez, Martínez y Mercado, 1999.

Desde que se inició el combate al fenómeno adictivo en el país, los esfuerzos dirigidos a su estudio y las diferencias técnicas y presupuestales entre lo destinado a prevención primaria y lo dirigido a tratamiento y rehabilitación siguen siendo mucho menores en esta última porción (Souza, 2000e; Hsu y Fishman, 2002; Mercado, 1997; Souza, 1999d). Ello pudo deberse, quizás, a la conveniencia teórica de consolidar la supuesta interrupción del problema adictivo por vía de la educación y promoción de la salud en boga entonces, como principales elementos de la estrategia dirigida a contener la demanda social de consumo (Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999; Souza, 1999d), así como al amplio apoyo político-económico dado a los esfuerzos dirigidos a reducir la disponibilidad de sustancias, que ha mermado el interés y los recursos humanos y materiales tanto del sector oficial como privado destinados al manejo de los problemas derivados del consumo de psicotrópicos (Mercado, 1997; Souza, 1999d). Entre tanto, parecen haberse empobrecido las acciones curativas y desgastado los criterios destinados al mantenimiento de esquemas terapéuticos, que no incluyen regularmente la farmacoterapia especializada, ni el uso de escalas u otros instrumentos de diagnóstico autoaplicables (cuadro I.3), carecen o presentan severas deficiencias en la utilización de expedientes clínicos especializados en adicciones, y no brindan fomento adecuado a las actividades destinadas a la resocialización de los pacientes bajo supervisión regular y evaluación de sus programas (Souza, 2000e; Hsu y Fishman, 2002; Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999; Souza, 2000d; Souza, 2007a).

Como quiera que sea, los esquemas prevalecientes no han progresado al ritmo de la demanda asistencial ni de la actualización de su filosofía operativa, lo cual da lugar a la ignorancia, o bien al desacato de la normatividad por parte de determinados grupos que continúan concibiendo el manejo en términos de penitencia o castigo (Souza, 2000e; Hsu y Fishman, 2002; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998; Mercado, 1997; Souza, 1999d).

Dada la magnitud del problema y sus peculiares características, persisten diversos escollos que es necesario superar. Entre los más importantes destacan, a juicio de algunos formadores de recursos humanos en salud (Mercado, 1997; Souza, 1999d; FINCA, 1998; Souza, Martínez, Martínez y Mercado, 1999), conceptualizar claramente, para su neutralización, el papel de la mitología popular predominante y la desinformación que la acompaña y distorsiona (CICAD, 1997), que detiene el progreso de la simiente racional del conocimiento actualizado. Asimismo, el adecuado uso de las herramientas técnicas que habrán de esgrimirse para combatirla (Souza, 2002a; Souza, 2001d; Souza y Díaz

Barriga, 1997) desde el punto de vista de sus paradigmas clínicos y nosopropedéuticos (Souza, 2001d; Souza y Díaz Barriga, 1997) en el marco de una estrategia interactiva que promueve a internet como el vehículo más preciso, expedito, específico y rentable para la enseñanza local o a distancia de las poblaciones seleccionadas de receptores de mensajes formativos (Mercado, 1997; Souza, 2002a; Souza y Díaz Barriga, 1997). Se requiere una clara visión terapéutica nutrida de recursos teórico-prácticos capaz de hacer tal labor (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Cunningham y Humphreys, 2000) en el marco de conocimientos y destrezas que distingan su carácter profesional (Cunningham y Humphreys, 2000; Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994; Reglamento de la Ley General de Salud, 1986; Norma Técnica 196, 1987; Norma Técnica 144, 1987; National Advisory Mental Health Council, 1933; Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1991). En las deficiencias relativas a estos puntos se albergaron las más diversas dificultades para el enfrentamiento cabal de tan severa patología social (Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998; CICAD, 1997; Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, 1991; Souza, 1997a) que reclama nuevas y mejores acciones correctivas a corto y largo plazo (FINCA, 1998; Souza, Martínez, Martínez y Mercado, 1999; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Cunningham y Humphreys, 2000).

Cuando aparecieron los modelos profesionales y paraprofesionales combinados (Minnesotta), al inicio de la concepción terapéutica antiadictiva, durante la segunda mitad del siglo XX (Prado, 2000), ocurrió un cambio drástico en la perspectiva del manejo de una pequeña fracción del ámbito clínico (Souza, 2000e) (cuadro I.4). Pero si bien esta modalidad ha dado frutos con su visión combinada, debido a su ubicación particular y su reducida área de influencia, resulta benéfica sólo para un pequeño sector pudiente de la población, y es insuficiente en términos de cobertura local y menos aún nacional (Mercado, 1997; Souza, 2007a).

CUADRO I.4. *Modelo Minnesotta (1950). Hazelden, Pioneer House y Willmar Hospital, EUA. Principales características*

1. Posibilidad de cambio en las creencias, actitudes y comportamientos de los pacientes adictos a psicotrópicos.
2. El concepto de adicción como una enfermedad.
3. Búsqueda de abstinencia de todo psicotrópico como meta del manejo y logro de mejores estilos de vida a través de la incorporación de los 12 pasos y 12 tradiciones.
4. Abordaje multidisciplinario con fundamento en AA o NA.
5. Participación activa de pacientes adictos en remisión como consejeros.

6. Plan terapéutico de modalidad residencial manejo variable 4-6 semanas (EUA), 6-8 semanas (Reino Unido).
7. Médicos y psicólogos sólo actúan como consejeros externos.
8. Está proscrita la farmacoterapia como tratamiento paralelo.

FUENTE: Modificado de Souza, 2007a.

A ello se suma la omisión por ignorancia o inapropiado uso de la Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades (Desórdenes Mentales, Conductuales y del Desarrollo) (OMS, 1993), que no permite su utilización de modo consistente en los distintos espacios clínicos, con fines nosológicos, bioestadísticos, de discriminación comórbida y asignación terapéutica adecuada a cada caso, en su carácter de clasificación oficial (Souza, 2000e; Hsu y Fishman, 2002; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998; Souza, 2001d; Souza y Díaz Barriga, 1997; Souza, 2007a).

En la actualidad la visión profesional de la terapéutica antiadictiva busca su desarrollo y consolidación en forma complementaria con las actividades preventivas. Para ese efecto se requiere la implementación de una subespecialidad psiquiátrica acorde con la visión internacional recomendada por los expertos mundiales (Mercado, 1997; Souza, 1999d; FINCA, 1998; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; OMS, 1993; Souza, 2000e; Elizondo, 1997; APA, 1995a; APA, 1995b; Chick y Erickson, 1996; Marlatt y Barret, 1994; WHO, 1993).

En esa dirección, cabe destacar que, tras el establecimiento de la NOM para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica (NOM-025-SSA2-1994) (Cunningham y Humphreys, 2000), dirigida básicamente a establecer y hacer respetar los derechos humanos y la dignidad del paciente mental, se han agregado otras medidas, como las derivadas de la NOM del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998) (Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999), que establece los criterios científico-tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, forzosos en el país para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado (Hsu y Fishman, 2002; WHO, 1993; Facultad de Medicina, 1997; IMSS, 1972; IMSS, 1973; Norma Técnica Número 52; Quintero, Díaz, Vethencourt y Vivas, 1991; Reglamento de la Ley General de Salud, 1986; Reglamento Interior, 1997).

En la misma se destaca la integración del expediente clínico y la obligación del profesional de la salud de cumplir la normatividad en forma profesional, cuidando que la información sea manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Dicha información sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a Conamed, para arbitraje médico. En el caso de los expedientes de psicología clínica, la historia clínica y las notas de evolución se

ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, en el marco ético-científico señalado (Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999). De la mano de ello, la NOM para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM 028-SSA2-1999) establece y uniforma los principios y criterios de operación para la prevención, tratamiento y control de las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas (SSA, 1998), que incluye acciones dirigidas a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico (Ley General de Salud, 2001) como herramienta para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, avalado por criterios internacionales publicados para programas de tratamiento contra las adicciones (Cunningham y Humphreys, 2000). Para completar el breve marco jurídico de esta comunicación, es preciso señalar, con fines de una mejor valoración y control de esta problemática en el ámbito institucional, la adición de los criterios de la NOM para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH (NOM-010-SSA2-93) (Souza, 1998a; Souza, 2007a), como respuesta oficial a los avances científicos que durante los últimos años, en torno a la infección comórbida del VIH y al sida, sus repercusiones sociales y sus alternativas actuales, en cuanto a los productos para diagnóstico y tratamiento, motivan la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para su prevención y control (Souza, 1998a) (cuadro I.5).

Esta norma estipula (Souza, 1998a) que la enfermedad puede transmitirse por prácticas sexuales de riesgo (hombres y mujeres con vida sexual activa que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin protección, son potencialmente vulnerables, como los hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual), por los compañeros sexuales de personas con VIH/sida, que, a su vez, pueden tener varios compañeros sexuales.

Se incluyen también los usuarios de drogas intravenosas y quienes comparten agujas o jeringas contaminadas; las personas expuestas a condiciones de riesgo distintas de la actividad sexual, amén de otras variadas condiciones, que resulta de suma utilidad conocer (Ley General de Salud, 2000; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Modificación a la NOM-010 SSA2-93). Por ejemplo, entre las medidas de prevención destacan que ésta debe realizarse entre toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión de la infección, además de ponerse en práctica acciones específicas dirigidas al profesional de la salud, poblaciones en riesgo y contextos de vulnerabilidad para adquirir la infección (Tabak y Ben, 1995; OPS, 1989; CDC, 1996; Petersen y White, 1990; Izasola, Sánchez y Del Río, 1992). La prevención de la VIH positividad debe ser llevada a cabo por los órganos competentes, por medio de actividades de educación para la salud, promoción de la salud y participación social, orientando sus actividades a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de la salud y en el control de la infección (OPS, 1898; CDC, 1996; Petersen

y White, 1990; CDC, 1991; NCA, 1992; WHO, 1992a). De manera específica, se debe efectuar mediante la capacitación y el apoyo de los establecimientos que prestan servicios de salud, dirigiéndolos al profesional de la salud y a los grupos vulnerables con mayor probabilidad de adquirir la infección (Global Programme on Aids, 1992b; Global Programme on Aids, 1992a; MMRW, 1992; OPS, 1994; Conasida, 1997).

CUADRO I.5. *Principales trastornos psiquiátricos comórbidos de las adicciones*

- Trastornos afectivos
- Trastornos por ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos de conducta
- Trastornos alimentarios
- Trastornos psicosexuales
- Trastornos del dormir
- Suicidio
- Esquizofrenia
- VIH/sida
- Otros

FUENTE: Modificado de Whimore, Milulick y Thompson, 1997; Essau, Conradt y Peterman, 1999; Wilens, Biederman y Spencer, 1996a; Giancola y Mezzich, 2000; Bulik, Sullivan y McKee, 1994; Shaffi, Steltetz-Linarky y Derrick, 1988; Kaplan, Sadock y Grebb, 1999; Souza, 2000e.

Las acciones de promoción para la salud se orientan a informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH, como problema de salud pública; orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables para reducir el riesgo de contraer el VIH, orientar a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección, con énfasis en los grupos adolescentes; alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas seropositivas o que tengan sida; dar a conocer a la población los mecanismos de transmisión, formas de prevención e instituciones de información y atención, relacionadas con la infección por VIH; informar a la población acerca de la importancia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (sífilis, gonorrea, clamidiasis, herpes genital, vaginosis bacteriana), como factores facilitadores para adquirir el VIH, y promover la búsqueda de la atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención de contactos para otras ETS (Conasida, 1997; CDC, 1997; UNAIDS, 1997a; ONUSIDA, 1997a; ONUSIDA, 1997b; ONUSIDA, 1997c; AIDSCAP/Family Health International, 1997; Naciones Unidas, 1998; UNAIDS, 1998a, UNAIDS, 1998b).

Las acciones de participación social se dirigen a sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control; invitar a profesionales de la salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubes, grupos deportivos y otros grupos de la comunidad a que colaboren en actividades educativas y de promoción; promover la intervención activa de las organizaciones de la comunidad en actividades relacionadas con el control del VIH/sida; promover la integración y participación activa de la sociedad para la realización de acciones concretas de educación y detección; consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas (Petersen y White, 1990; Izasola, Sánchez y Del Río, 1992; NCA, 1992; Global Programme on Aids, 1992b; ONUSIDA, 1997; UNAIDS, 1997a; Souza, 2007a).

En materia de educación, las acciones se encaminan a desarrollar modelos educativos que respondan a los intereses de los distintos grupos poblacionales, por lo que deben estar orientados a la adopción de conductas preventivas para disminuir el riesgo de contraer el VIH; instruir a todas las personas que desempeñen labor docente a fin de que el tema del VIH/sida sea abordado con objetividad y en función de los resultados del progreso científico; colaborar en la capacitación del profesional de la salud, con objeto de lograr una modificación en su conducta, para obtener una detección oportuna y la atención adecuada; instruir al profesional de la salud con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH que ocurre por el manejo de instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas; capacitar a los prestadores de servicios que utilizan instrumentos punzocortantes en su manejo adecuado, dando preferencia al uso de material desechable y, cuando esto no sea posible, para que dichos instrumentos sean esterilizados y desinfectados adecuadamente; promover el uso consistente y correcto de los condones de látex (masculino) y/o poliuretano (femenino) en prácticas sexuales de carácter coital; recomendar a la población con prácticas de riesgo que evite la donación de sangre, leche materna, tejidos y células germinales (Tabak y Ben, 1995; Petersen y White, 1990; CDC, 1991; Global Programme on Aids, 1992b; MMRW, 1990; CDC, 1997; UNAIDS, 1997b; ONUSIDA, 1997d). El profesional de la salud debe recomendar a la población infectada con VIH/sida realizar prácticas sexuales seguras y protegidas (vía condón); no donar sangre, semen ni órganos para transplante; no compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas) y, en general, objetos punzocortantes de uso personal; valorar la conveniencia de evitar el embarazo, entre muchas otras más (Tabak y Ben, 1995; CDC, 1996; CDC, 1991; Global Programme on Aids, 1992a; MMRW, 1990; MMRW, 1992; Conasida, 1997; ONUSIDA, 1997d; AIDSCAP/Family Health International, 1997). En el mismo sentido, es muy importante señalar las medidas de control, detección y diagnóstico, atención y tratamiento, notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos.

Las instituciones del sector salud deben ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a toda persona a quien se entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado y favorecer su adaptación a la nueva situación. Para evitar discriminación y mayores repercusiones sociales en la familia, el acta de defunción que expida el Registro Civil debe tomar como causa de muerte la que en el certificado de defunción expresamente se señale como causa primaria (Tabak y Ben, 1995; Ley General de Salud, 2000; Souza, 2000e; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Modificación a la NOM-010 SSA2-93, 2000a; OPS, 1989; Izasola, Sánchez y Del Río, 1992; MMRW, 1992; OPS, 1995). El sida es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana. Esta responsabilidad compete al médico tratante o al profesional de la salud directamente involucrado, a los laboratorios, sean públicos o privados, y los bancos de sangre que realicen la prueba cuando ésta haya resultado positiva.

La notificación de casos de VIH/sida debe hacerse de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, así como proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad, por lo que no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin menoscabo de la orden judicial, la cual deberá acatarse en todo momento (Souza,1998a; Ley General de Salud, 2000).

Por lo tanto la notificación del caso de sida o infectado por VIH debe hacerse en sobre cerrado, con sello de confidencial, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo confidencial y bajo su estricta responsabilidad. Para fines de vigilancia epidemiológica se consideran casos de "infección por VIH" aquellos sujetos con infección confirmada (Souza, 1998a; Ley General de Salud, 2000). De esta breve reseña se desprende la intencionalidad normativa de la salud: la imprescindible utilización de un modelo profesional inclusivo e integral que dé cuenta global del problema de las adicciones y su comorbilidad, desde el manejo del inicio agudo hasta la abstinencia prolongada; que permita ubicar funcionalmente cada uno de los esfuerzos de los que se dispone contra su historia natural, en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos interprofesional y transprofesional, jerarquizando la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad (Souza, 2000e; Elizondo, 1997; APA, 1995a; APA, 1995b; Chick y Erickson, 1996; Marlatt y Barret, 1994; UNAIDS, 1998b; MMRW, 1998; Souza, 2007a). Ello demanda preparación organizada de los recursos humanos y materiales y su actualización constante, supervisada con los criterios de vanguardia más prácticos en el campo (Hsu y Fishman, 2002; Martínez,

Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999). El gremio psiquiátrico-psicoterapéutico dedicado a este problema reclama preparación profesionalizada, experiencia y asesoría al personal terapéutico, con miras al establecimiento de un cuerpo colegiado que avale la participación de cada grupo, en pro de la eliminación de la iatrogenia y la mejoría de la calidad de la atención, base de la oferta de servicios de alta calidad y amplia cobertura, cuya resocialización y mantenimiento prolongado de la abstinencia de los pacientes de las distintas poblaciones usuarias permita y fomente su crecimiento personal y comunitario (Prado, 2000; Prado, Martínez, Martínez, Mercado, Tagle y Souza, 2001; Modificación de la NOM 010-SSA2-93, 2000a; Mercado, 1997; Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, 1991; Souza, 1997a; UNAIDS, 1998b; MMRW, 1998; Souza, 2007a). Con el término "atención profesionalizada" se hace referencia a una de las constantes preocupaciones del campo médico-psicológico: dada la proliferación de instituciones con servicios de consulta ambulatoria o internamiento para problemas relacionados con el abuso y adicción a psicotrópicos u otras alteraciones de la salud, resulta necesario atender esta circunstancia (SSA, 1998; Souza, 2000e; Hsu y Fishman, 2002; Mercado, 1997; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985). Desde la perspectiva profesional los servicios asistenciales contra las adicciones representan un serio reto, debido a que la atención curativa de seres humanos debe ser firmemente avalada por una amplia gama de conocimientos adquiridos de manera formal (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Mercado, 1997; Souza, Martínez, Martínez y Mercado, 1999). Pero se requiere un nivel de intervención que parta del conocimiento de causa, amparado por un método eficaz de experiencia comprobada. En tanto las elaboraciones teóricas desarrollan estrategias y herramientas técnicas de abordaje en la intervención de los fenómenos, el concepto de la profesionalización se inscribe en un marco de conocimientos estructurados con aval académico, que reconoce sus efectos en una respuesta similar a la ejercida durante su función (Souza, 2007a).

Así, lo profesional, desde este punto de vista, es patrimonio de la formalidad y la confección estructurada del conocimiento, sin menoscabo de que tal función pueda ejercerse en forma compartida con los grupos de ayuda mutua, como los denomina la NOM (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999), siempre que se estipule, de acuerdo con el curso natural del trastorno, cuando estos servicios existen en la comunidad, el orden, tipo de recursos pertinentes y acciones de los respectivos niveles de atención, como en el caso del alcoholismo (Souza, 1981; Souza, 1990b; CICAD, 1997; Souza y Díaz Barriga, 1997; Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, 1991; Souza, 2000e; Souza, 2007a).

En su defecto, las acciones operarán sin el aval técnico y científico necesario (Souza, 1997a). La profesionalización mencionada integra un elemento sustancial para el reconocimiento de los avances en el plano académico: la transformación de la formación, que significa cambios en los elementos, que han

de contener una estructura de capacitación, y de la organización de las instituciones que la promuevan.

En ese sentido, su implementación es una construcción colectiva en la que participan directivos y especialistas en la materia con el propósito de garantizar la formación y el funcionamiento de acuerdo con la normatividad de prestación de servicios (Cunningham y Humphreys, 2000), de tratamiento y control de adicciones (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999), de expediente clínico (Martínez, Martínez, Mercado, Souza y Prado, 1999) y de prevención y control de VIH/sida (Souza, 1998a), lo cual supone una interdependencia entre lo que se elabora desde la especificidad de cada área de transformación, el perfeccionamiento en la actividad y la capacitación respectiva (Souza, 2002a; Souza, 2001d; Mercado, 1997; Souza, 1999d). Entendida la profesionalización como sistematización del conocimiento científico, en forma comprobatoria y documental demuestra su eficacia comparativa; ofrece la realización de métodos y procedimientos, uso y análisis de estadísticas como herramientas de su eficacia, para el reordenamiento del curso de los procedimientos preferenciales (Souza, 2001d), y sirve de guía de las políticas de atención institucional por niveles (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Mercado, 1997 (cuadro I.6).

CUADRO I.6. *Recomendaciones psicoterapéuticas para el abordaje inicial de casos*

- Retroalimentación específica sobre las áreas vitales dañadas
- Énfasis en la responsabilidad personal
- Clara advertencia de la tendencia al cambio
- Ofrecimiento de opciones alternativas
- Empatía, como el estilo de la asesoría profesional
- Autogestión. La eficacia de las acciones recae en el interesado

FUENTE: Modificado de Monti, Colby, Barnet, Spirito *et al.,* 1999; Souza, 2007a.

En otras palabras, profesionalizar la terapéutica adictiva no es sólo dejarla en manos de los profesionales. Es dar formalidad a la labor a partir de la utilización del conocimiento veraz que simultáneamente combate la mitología popular prevaleciente. Es facilitar la pronta recuperación de la salud, con base en lineamientos específicos, particularmente en la atención de casos agudos y subagudos de los síndromes de intoxicación y abstinencia.

Y, asimismo, catalizar el manejo psicoterapéutico en sus distintas modalidades donde no ha habido supervisión ni se cuenta todavía con el respaldo académico indispensable, y donde la mayoría de quienes se dicen terapeutas no lo son formalmente (Hsu y Fishman, 2002; Mercado, 1997) o no pueden documentarlo en términos de validez oficial (Souza, 2000d). Por su carácter profesional, una instancia terapéutica habría de enfocarse a reducir las

principales afectaciones que se derivan de la condición adictiva y abatir los problemas vinculados al consumo de sustancias, así como de la comorbilidad personal y psicosocial. Tal programa, planteado en términos generales, ha de incluir varios objetivos y distintas acciones conectadas con el riesgo y los daños del proceso adictivo sobre la población: retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales; establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo destinadas a reducir el consumo nocivo, el abuso y la adicción a psicotrópicos; la disminución del impacto de los problemas derivados del consumo individual, familiar o comunitario y el favorecimiento de la autogestión y la autoasistencia por parte de los usuarios (Souza, 2000e; Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1991; Souza, 2007a).

Los planteamientos realizados llevan a considerar que la magnitud del problema rebasa los recursos actuales para su contención, por lo que se hace necesaria una más efectiva y útil participación política, económica, social y profesional en el campo, especialmente en cuanto a la nosología y la propedéutica, así como, de modo particular, en la prescripción de psicofármacos, que en algunos casos, en manos de médicos generales y especialistas no psiquiatras, ha sido equívoca e indiscriminada.

Mientras la extensión de los registros no cumpla la normatividad ni haga factible su comparación bioestadística en las unidades asistenciales, debido a su insuficiencia cualitativo-cuantitativa (Hsu y Fishman, 2002; Mercado, 1997), entre las prioridades más notorias se han de contemplar el mejoramiento de los procedimientos básicos de recolección de información para su logística y clasificación nosográfica con base en las normas oficiales; el uso sistemático de la historia clínica especializada como técnica indispensable para el manejo terapéutico-rehabilitatorio; la revisión de los preceptos que guían el trabajo, la actualización y la incorporación de los criterios de validez comparativa internacional como formato oficial para todos los documentos institucionales; la promoción de una adecuada formación y actualización continua del personal terapéutico; la promoción de la investigación clínica aplicada que vigorice la enseñanza profesional del campo y reoriente las políticas de servicio en esta porción profesional, y el conocimiento de los niveles de complejidad de la enfermedad, que en su calidad de historia natural se personalizan en forma distinta en cada paciente (cuadro I.5).

En consecuencia, en la atención de un caso se debe solicitar que el responsable establezca lo más precozmente posible un diagnóstico, antes de recomendar y desencadenar las maniobras correctivas (cuadro I.6); que discrimine entre las sustancias de abuso y adicción responsables de la condición que enfrenta y sus consecuencias; que establezca un grado de severidad aproximado del caso, así como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica; que señale las variantes posibles de las indicaciones terapéuticas a realizar, incluidas las valoraciones e interconsultas, y que evalúe,

en la admisión, la severidad global del caso y establezca su posible pronóstico (Souza, 2000e; Mercado, 1927; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985). En suma, el reconocimiento temprano del problema, la corrección efectiva y el apego a la normatividad son un imperativo de salud pública. La actuación individual y familiar es objetivo factible y capital para impedir los tradicionales alcances negativos. En ello el autoconocimiento y la autoaceptación del abuso y la adicción en cada paciente son elementos preventivos y terapéuticos importantes, en la medida en que permiten o no el desarrollo de estrategias para la modificación de los hábitos riesgosos.

Ya que el conocimiento de la personalidad premórbida del paciente, así como el manejo inadecuado de sus emociones, se liga a la recaída y combate el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Souza, 2000e; Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 1999; Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, 1991; Souza, Martínez, Martínez y Mercado, 1999; Souza, Prado y Vélez, 1999; FINCA, 1999), es prioritario lograr su adecuada comprensión para eliminar la recaída y promover su reincorporación a un mejor funcionamiento psicosocial, en pro de la elevación de su calidad de vida (FINCA, 1999; Souza, 1988d; Souza, 2002e; *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina,* 1995). Pero los esfuerzos descritos no podrán lograr eficacia y eficiencia ni serán confiables sin la participación de lineamientos éticos indispensables (Souza, Quijano, Díaz Barriga y Guisa, 1998; Souza, 2007a).

Dedicación, profesionalismo, tolerancia y respeto son los valores capitales e insustituibles en el ejercicio de esta actividad.

RESUMEN

Se describe el papel de la legislación sobre salud mental —relativa a la terapéutica antiadictiva del país—, considerando que una normatividad que se desconoce o se incumple es letra muerta. Si se estima necesario en todos los campos del conocimiento humano el uso conveniente de la normatividad y los principios rectores para una adecuada funcionalidad, ello resulta aún más trascendente en materia de adicciones, donde su omisión e ignorancia —fuentes de iatrogenia y charlatanería— dificultan los procedimientos clínico-terapéuticos contra las adicciones y su comorbilidad.

Desde el inicio de la terapéutica antiadictiva en México, hace poco más de cuatro décadas, se ha hecho caso omiso o uso discrecional del ordenamiento legal en distintos niveles, incrementando con ello sus complicaciones y favoreciendo la historia natural de una patología factible de reducirse con acciones profesionales sistemáticas. Resulta imprescindible que las instituciones respeten los marcos jurídicos y supervisen adecuadamente al personal —desde su formación hasta la función laboral específica— y den cumplimiento a las

disposiciones inherentes a sus acciones en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, con auténtico espíritu de servicio.

* Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a.

II. ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES EN LA CIUDAD DE MÉXICO*

EL USO de psicotrópicos y otras sustancias legales (psicofármacos), así como su abuso y la adicción a ellos, constituye en la actualidad un severo y creciente problema de salud pública, según la opinión científica vertida en innumerables revistas y libros de las últimas décadas (Ellenhorn, 1992; Schenker y Bay, 1998). En efecto, baste señalar tan sólo los problemas asociados con el consumo del alcohol, que afectan del 5 al 10% de la población mundial (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

Para enfrentar adecuadamente los problemas derivados del consumo de psicotrópicos y sus consecuencias en la sociedad se requiere una estrategia complementaria e integrativa, que incida al mismo tiempo en la reducción de su disponibilidad social y en su demanda (CICAD, 1997).

Estos dos últimos aspectos son parte decisiva de la reverberante trama de este multifacético conflicto sociomédico. La venoadicción, por ejemplo, responsable indirecta de conductas sexuales de alto riesgo y graves problemas de ellas derivados, contribuye decisivamente a la dispersión de VIH/sida, y es comórbida de la ya de por sí debilitada condición de poblaciones minoritarias y discriminadas (FINCA, 1998; Souza, Guisa, Díaz Barriga y Sánchez, 1997), como las que comprenden a niños de y en la calle, individuos discapacitados, mujeres y ancianos, entre otros (Dinwiddie, Reich y Cloninger, 1998).

La complejidad alcanzada por la suma de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica en tales pacientes es, según los expertos, un aspecto relevante, de magnitud y alcances máximos (Souza, Guisa, Díaz Barriga y Sánchez, 1997). En nuestro país la relación entre el abuso de sustancias y la hepatitis, las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, la cirrosis, las enfermedades sexualmente transmisibles, los embarazos no deseados, los accidentes, el ausentismo laboral, la multifacética violencia y el suicidio, se asocia frecuentemente con las adicciones, y éstas son la urdimbre de las primeras causas de muerte (Souza, 1997b). Lamentablemente, en este campo aún impera la "buena voluntad" con la que algunas personas desean suplir la preparación académica y la experiencia clínica en los grupos de trabajo dedicados a la atención del problema. Esto da lugar a todo tipo de políticas y métodos de

"sentido común" que resultan, por un lado, ajenos al conocimiento formal y, por otro, no necesariamente efectivos e incluso, en muchos casos, iatrógenos (Ellenhorn, 1993; Souza, 2007a). Desde que en la ciudad de México comenzaron a realizarse esfuerzos encaminados a la investigación y la enseñanza sobre el tema, a principios de los años setenta, diversos grupos han ofrecido capacitación a personal profesional y paraprofesional, tanto en el sector salud como en áreas vinculadas de otros sectores educativos y de justicia, así como en diversas instituciones públicas y privadas, incorporando distintas modalidades de temas médico-psiquiátricos (Conadic, 1998). Mas estas acciones se destinaron a la prevención primaria a través de actividades de promoción de la salud, pero sin conformar propiamente un programa de educación para la salud mental (Centros de Integración Juvenil, 1996). Por lo tanto, la labor clínica y diagnóstica llevada a cabo, la comorbilidad y las variaciones factibles de manejo en los diversos grupos etarios, así como las maniobras de rehabilitación y reinserción social de los pacientes, sólo se han abordado a nivel informativo.

De esta manera, los alcances prácticos de tal capacitación resultan hasta ahora escasos, en comparación con la necesidad planteada por el fenómeno para su corrección, así como insuficientes para las instituciones que motivaron su formación, independientemente de otros factores involucrados en el problema, como la propia expansión mundial del suceso adictivo y el desmedido crecimiento poblacional, elementos decisivos en la magnificación del fenómeno referido (Goldman, 1995; Centros de Integración Juvenil, 1996).

Por otro lado, en la ciudad de México (y es muy posible que ocurra lo mismo a lo largo y ancho del país), a nivel informativo la enseñanza acerca de las adicciones no se ha incorporado a los programas de estudio de las escuelas y facultades de enseñanza superior, como tampoco en los cursos de especialización, maestría o doctorado para la formación de los profesionales en carreras y especialidades de corte humanístico, como medicina, enfermería, psicología y trabajo social, entre otras (FINCA, 1998). Cabe señalar que, si bien existen aisladamente algunos ejemplos de cursos en universidades y centros de enseñanza u otros organismos gubernamentales o privados con cierto grado de respaldo académico, no alcanzan aún a conformar (debido a la extensión y profundidad de sus contenidos) el modelo social de enseñanza o programa prototipo que la ciudad necesita, independientemente de que no hayan sido diseñados para tal fin (CICAD, 1997; FINCA, 1998; Souza, 2000e). De hecho, la modalidad llamada "diplomado", puesta en boga desde hace pocos años y que, advenediza, se extiende por el país en relación con diversos tópicos de actualidad, no representa más valor curricular (de acuerdo con la opinión de la Dirección de Desarrollo Universitario de la Secretaría de Educación Pública, SEP) (SSA, 1998) que el de mostrar el interés de sus organizadores por capacitar y participar en la solución aislada de algunos problemas epidemiológicos, clínicos o terapéuticos que las adicciones plantean a la sociedad.

En consecuencia, la problemática más importante que muestran los distintos niveles de capacitación en las instituciones nacionales, dígase lo que se diga hasta ahora, permanece sin resolverse (Conadic, 1998). Para dar una idea esquemática del asunto, en relación con los problemas ya mencionados, se presentan los tres grupos de factores en que arbitrariamente pueden agruparse.

LOS OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN

Al analizar las distintas actividades docentes llevadas a cabo en la ciudad de México (cuadro II.1), es fácil percatarse de que éstas no pueden considerarse programas prototípicos, pues su extensión no abarca completamente ni en profundidad la temática de las adicciones, ni ofrece una respuesta proporcional a la condición que demanda el problema (Rosovsky, Borges, Gallegos y Pérez, 1997). Sin embargo, por lo pronto se han realizado, a no dudar, importantes esfuerzos, pero aún permanecen aislados y son incongruentes en algunos casos, así como insuficientes respecto a la meta de articulación nacional recomendada por los expertos mundiales. Podría decirse que, por ahora, todavía obedecen a demandas e intereses particulares de instituciones o grupos interesados.

PERFIL DEL EDUCANDO

La distinta estirpe profesional de los participantes en los cursos sobre adicciones ofrecidos (cuadro II.2) hace que las actividades se diseñen de manera heterogénea y que la temática de los programas resulte tanto amplia y diversa como general; esto implica que, al final de la labor, ésta no pueda aplicarse específicamente, y menos aún representar una especialidad de un área de tratamiento, investigación o prevención. Dicha situación se agrava todavía más si se toman en cuenta otros factores intervinientes, como la ausencia de una evaluación general de los objetivos, metas y procedimiento didáctico, o la falta de seguimiento y supervisión de los resultados por parte de la institución capacitadora, por sólo mencionar algunos de los problemas más obvios involucrados en el proceso.

CUADRO II.1. *Instituciones con actividad educativa sobre adicciones*

Lugar	*Actividad*	*Duración*	*Graduados*	*Constancia*	*Área de impacto*	*Costo*
Instituto Mexicano de Psiquiatría	Curso de actualización en problemas de alcohol y otras drogas. Capacitación profesional y no profesional	40 h	140	Propia y Fac. Med. UNAM	Sector salud, educación, justicia y ONG	Sí
	Maestría en ciencias médicas	2 años	6	Diploma Fac. Med. UNAM	Sector salud	Sí
	Maestría en salud mental pública	3 años	3	Diploma Fac. Med. UNAM	Sector salud	Sí
Centros de Integración Juvenil, A. C.	Cursos de actualización. Capacitación profesional en servicio (propia) y capacitación no profesional en diversos temas		40	Propia	Sector salud	No
	Especialidad en terapia grupal internacional	2 años		Propia		Sí
CESAAL	Curso de alcoholismo para médicos generales. Capacitación profesional y no profesional	55 h	800	Propia Fac. Med. UNAM	Sector salud	No

CUADRO II.1. *Instituciones con actividad educativa sobre adicciones (continuación)*

Lugar	*Actividad*	*Duración*	*Graduados*	*Constancia*	*Área de impacto*	*Costo*
CAIPA	Diplomado en alcohol y otras adicciones para médicos y psicólogos. Capacitación profesional y no profesional	150 h	400	Propia	Sector salud, educación, privado	Sí
	Cursos de actualización en adicciones	40 h	28	Propia		Sí
CENA, Ama a la Vida, UAM-X	Diplomado en adicciones. Capacitación profesional y no profesional	230 h	325	Propia UAM-X	Sector salud, educación, justicia, privado	Sí
Monte Fénix	Diplomado en alcoholismo y adicción a otras drogas. Capacitación profesional y no profesional	40 h		Propia SEP/SSA	Sector salud, educación y privado	Sí
	Especialidad en adicciones.	2 años		Propia	Sector salud, educación y justicia	Sí
Centro Acción	Diplomado en adicciones. Capacitación profesional y no profesional	3 semestres	1 000	Propia	Sector salud, educación y justicia	No

CUADRO II.1. *Instituciones con actividad educativa sobre adicciones (concluye)*

Lugar	*Actividad*	*Duración*	*Graduados*	*Constancia*	*Área de impacto*	*Costo*
	Diplomado en orientación familiar	3 semestres	2 500	Propia	Sector salud, educación y justicia	No
IMSS	Cursos de actualización en tabaquismo, alcoholismo y otras drogas. Capacitación profesional	8 h 40 h 40 h		Propia Propia Propia	Sector salud	No
Asesoría Psicológica en Adicciones, Katun	Diplomado en adicciones y otros cursos relacionados. Capacitación profesional y no profesional			Propia	Sector salud, educación y privado	Sí
	Diplomado gestalt en adicciones	2 años	100	Propia	Sector salud y privado	Sí
Conade, Causa Joven	Curso de prevención en adicciones. Capacitación profesional y no profesional	25 h 40 h	1 000 2 000	Propia	Sector salud y privado	Sí

FUENTE: Modificado de Dirección de Coordinación Interinstitucional. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Conadic, SSA.

CUADRO II.2. *Instituciones con actividad de investigación sobre adicciones*

Institución	*Investigación*	*Sustancia*	*Usuario*	*Área de impacto*	*Publicación*
Instituto Mexicano de Psiquiatría	Epidemioló-gica, social, clínica en servi-cios de salud y clínica aplicada epidemiología	Alcohol, tabaco y drogas varias	Población abierta en riesgo y alto riesgo fumadores, no fumadores y ex fumadores	Socioméd-dica	Nacional e internacio-nal
Centros de Integración Juvenil, A. C.	Epidemioló-gica, social y clínica aplicada	Drogas varias, excepto alcohol y tabaco	Pacientes en tratamiento, población abierta y en riesgo	Socioméd-dica	Nacional (propia)
UNAM	Básica y clínica aplicada	Drogas varias	Pacientes y población en riesgo	Socioméd-dica	Nacional e internacio-nal
INN	Clínica básica	Drogas varias	Pacientes y población en riesgo	Socioméd-dica	Nacional e internacio-nal
IPN Cinves-tav	Básica y clínica aplica	Drogas varias opiá-ceos	Animal y humana	Clínica	Nacional e internacio-nal

FUENTE: Modificado de Dirección de Coordinación Interinstitucional, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Conadic, SSA.

EL PERFIL DEL EDUCADOR

La dificultad para reunir una plantilla de profesionales capacitados, con reconocido nivel de conocimientos y, sobre todo, con experiencia clínica suficiente para avalar su participación, a fin de coordinar o protagonizar actividades docentes sobre adicciones, es todavía una realidad de nuestro medio, y más difícil aún resulta mantenerla activa en un curso especializado, repetible o

sistemático, con el que se pretendan reducir los déficits educativos del área. A esto hay que añadir la disponibilidad de los profesionales a colaborar en tan ardua labor, dada la insuficiente remuneración y el nulo reconocimiento de la comunidad, a pesar de la urgente y ampliamente aceptada necesidad social de dicha tarea (Goldman, 1995; Souza, 1997b; Souza, 2007a).

Con el afán de complementar esta visión esquemática es justo mencionar que, debido a su calidad, la investigación de temas relacionados con el consumo de drogas en la ciudad de México ha sido reconocida en campos tanto nacionales como extranjeros. Pero si bien la tendencia de las investigaciones destaca los estudios epidemiológicos, sociales y básicos, no puede decirse lo mismo de la investigación clínica aplicada, en particular de la de corte terapéutico, que abarca los distintos marcos de actuación ofrecidos por la psiquiatría moderna.

Sin duda, respecto de este asunto puede afirmarse que hoy, al fin del milenio, es deseable, pero no fácil, erradicar (cuadro II.3). No obstante, se cuenta con algunas investigaciones sobre servicios de salud y evaluación de programas que "abren la puerta" al conocimiento de las actividades terapéuticas realizadas en el país a distintos niveles.

En el Distrito Federal los registros de investigación muestran que la modalidad biomédica ha contado con más recursos disponibles que la clínica y la sociomédica, pues de los 2 067 proyectos de investigación realizados en las instituciones de salud entre los años 1981 y 1982, reportados por el Programa Universitario de Investigación Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, sólo siete trataron sobre temas de adicciones (Souza, 1997a). En el mismo tenor, un reporte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Conacyt, indica que durante el primer cuatrimestre de 1992 se apoyó a 218 proyectos de investigación, de los cuales sólo dos tuvieron relación con adicciones. Esto ha ocurrido en un contexto en el que hay muy pocas instituciones que cuenten con investigadores de tiempo completo en este campo (Souza, 1997a). A lo anterior ha de agregarse el hecho de que las necesidades de conocimiento demandadas por el fenómeno adictivo son tales que todavía no puede disponerse de un cuerpo sólido de conocimientos provenientes de "datos duros", que tome en cuenta cabalmente la situación de la ciudad, y menos aún del país entero, respecto de los problemas implicados en el manejo de las adicciones (habitualmente casos de pacientes poliusuarios) y sus muy variadas consecuencias.

CUADRO II.3. *Instituciones que realizan investigación sobre tabaquismo*

Institución	*Tipo de investigación*	*Población*	*Publicaciones*
Instituto Mexicano de Psiquiatría	Epidemiológica	Fumadores No fumadores Ex fumadores	Nacional e internacional
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Terapéutica Clínica aplicada Evaluación de programas	Fumadores No fumadores Ex fumadores	Nacional e internacional
Secretaría de Educación Pública	Educativa-preventiva	Población abierta Población en riesgo	Nacional
Secretaría de Salud	Clínica aplicada Epidemiológica Evaluación de programas	Población en riesgo Fumadores No fumadores Ex fumadores	Nacional e internacional
Instituto Nacional de Cardiología	Clínica aplicada	Fumadores	Nacional
Facultad de Psicología de la UNAM	Clínica terapéutica Básica	Fumadores	Nacional
IMSS	Epidemiológica Clínica Básica	Fumadores No fumadores Ex fumadores	Nacional

FUENTE: Modificado de Rosovsky, Borges, Gallegos y Pérez, 1997.

De hecho los datos disponibles, provenientes de las instituciones nacionales de salud involucradas, a pesar de la integración del sector, no son comparables; esto se debe tanto al subregistro como a diferencias en el manejo de la información, características de la ponderación clínica, propedéutica utilizada u otras acciones de carácter diagnóstico que representan, entre otras, dificultades de orden metodológico. Algo semejante puede decirse en torno de las dos encuestas nacionales que existen sobre adicciones, a pesar de su amplia riqueza informativa, dadas sus diferencias metodológicas y variedades de manejo de la información.

Con respecto a este punto en particular, es posible que la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 satisfaga ciertas lagunas que prevalecen en este campo, aunque de antemano se sabe que cierta información (de aquella que tanta falta

hace para planear estrategias correctivas de la patología adictiva y comórbida a ella, como la relativa al manejo especializado y no especializado de los casos) simplemente no podrá ser proporcionada, puesto que no constituye el foco de atención y rebasa por mucho la intención del estudio (FINCA, 1998).

En esta dirección la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones (Souza, 1998b) señala la ausencia de registros apropiados en la rutina clínica para los pacientes adictos y la conveniencia de contar con un mismo formato de registro en las instituciones, el cual facilite la secuencia exploratoria, clarifique la conceptualización diagnóstico-pronóstica considerando la comorbilidad y favorezca los contenidos educativos sobre la condición biopsicosocial humana; que permita realizar comparaciones estadísticas bajo una técnica que dé prioridad a la investigación y optimice los recursos humanos y materiales disponibles. Pero, sobre todo, que promueva la actuación profesional uniforme y participe en la reducción del caos existente.

De lograrse esto, se podría conocer el comportamiento de pacientes, familiares y terapeutas que participan en los esfuerzos asistenciales contra las adicciones. Si bien muchos aceptan como válidos los datos provenientes de los centros de atención del país para contabilizar la problemática de las adicciones por áreas, ciudades o regiones, pues es lo único con lo que cuentan, hay que observar también, con base en la experiencia, el ínfimo número y la deficiente calidad de los diagnósticos realizados, así como la consabida falta de solidez clínica que los sustenta.

Todas las condiciones mencionadas afectan el manejo de casos y su valoración comparativa, y así hacen más difícil la planeación de los servicios de tratamiento de tales problemas. Además, no pueden dejar de mencionarse las dificultades existentes entre los profesionales de un mismo centro, entre las diferentes unidades clínicas de la misma institución, o entre el personal de distintos centros del sector que atienden dichos casos (Souza, 1998c).

Para documentar a título de experiencia lo que se plantea, puede señalarse que, si se realiza una auditoría clínica, seguramente muy pocas instituciones desearían participar, debido al tipo de objetivos por conocer y a la calidad de la investigación. Para quien dude del valor de la apreciación que se ofrece, se presenta respetuosamente el siguiente argumento:

> Acuda usted en día y hora hábil a cualquier centro de atención profesional de pacientes adictos de la ciudad; reúna al azar sistemático 100 expedientes clínicos —si existen y se puede acceder a ellos— y, de poder leerse su contenido, trate de efectuar una comparación detallada de actividades diagnósticas, terapéutico-rehabilitatorias o de seguimiento, a efecto de sacar conclusiones verosímiles y la publicación de sus resultados. Esta breve experiencia dotará sin duda a cualquiera de suficiente material tanto para clarificar las dudas como para evidenciar las fallas y dificultades que entraña, por ahora, esta rama de la actividad profesional.

Cuando se pueda contar con cifras verídicas, que respondan a la realidad de los casos que conforman la prevalencia adictiva, su comorbilidad y sus

respectivas acciones terapéutico-rehabilitatorias en el país, se habrá logrado por fin el ingreso al movimiento científico de una auténtica *Psiquiatría de las adicciones* (CICAD, 1997; Souza, Guisa, Díaz Barriga y Sánchez, 1997; Souza, 2007a). Pues, haciendo a un lado lo que muestren las estadísticas disponibles, la salud de los pacientes en los hechos —no en las palabras— seguirá siendo lo más importante a considerar en nuestra labor (WHO, 1993b). Por lo tanto, se insta a adecuar la clínica a los criterios y métodos diagnósticos más ampliamente aceptados en el mundo (CIE-10 y DSM-IV), así como a la adopción sistemática de actividades contra la iatrogenia y en favor de los derechos humanos de los pacientes adictos.

En aras de mantener un nivel óptimo de calidad competitiva en la actuación del personal institucional, sería conveniente:

1. Homogeneizar los criterios de estructuración y funcionamiento profesional, supervisando de manera permanente su actuación y rendimiento.
2. Dar capacitación continua al personal en cursos diseñados *ex profeso*.
3. Participar en la producción de material educativo, dirigido a los tres niveles de la prevención.
4. Realizar de manera constante una evaluación clínica comparativa de los métodos nosopropedéuticos que conduzcan a un diagnóstico, una terapéutica adecuada y una rehabilitación razonable de los pacientes. Así se podrá aspirar a participar en la cooperación nacional e internacional para la formación de personal de alto nivel (Souza, 1988d; Souza, 2007a).

En el área de investigación de las adicciones, para dar prioridad a las actividades terapéuticas, se requiere:

1. Explorar la utilidad, los alcances y el costo de los programas, métodos y procedimientos más eficaces para las distintas poblaciones beneficiadas con la cobertura institucional.
2. Optimizar las facilidades brindadas por los proyectos institucionales para el fomento de la contribución profesional en todas las fases del proceso, desde el manejo hasta la rehabilitación.
3. Conocer la demanda real de tratamiento de consumidores y no consumidores de psicotrópicos y otras sustancias de abuso, así como sus principales características, con base en auténticas políticas de asistencia social.
4. Conocer las variedades clínicas relativas al diagnóstico, las modalidades terapéuticas empleadas, la gravedad y/o cronicidad de los casos, los tipos de psicotrópicos empleados, las combinaciones más útiles, etcétera.
5. Explorar los factores desencadenantes de la asistencia o la inasistencia de los pacientes a las unidades de tratamiento, así como su permanencia productiva

en los esquemas de mantenimiento a largo plazo en las distintas modalidades de psicoterapia.

6. Analizar la participación efectiva del personal, el papel desempeñado por el síndrome de exhausión terapéutico y su frecuencia, así como el papel de la contratransferencia en el manejo de tales problemas.

Tal formación de recursos ha de apoyarse en una pedagogía moderna, que ofrezca la creación de videos educativos y la presentación de programas televisivos, radiofónicos y talleres, seminarios y cursos relacionados con el problema terapéutico, asistencial y preventivo de las adicciones (Souza, 1988d; Souza, 2007a). Un personal capaz de prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar, investigar y evaluar programas contra las adicciones requiere, además, cierta dosis de objetividad, realismo y responsabilidad en el plano de la congruencia vivencial, porque sólo ello traduce un poder de sensibilización natural, veraz, persuasivo y contundente (FINCA, 1998). En síntesis, a la precaria situación existente corresponde una solución proporcional, de igual fuerza pero sentido contrario. A las acciones de orientación, preparación y actualización del equipo profesional destinado a contenderlas, se deben añadir estrategias correctivas. Éstas exigen tanto una sólida formación como la suma de recursos humanos y materiales para lograr la disposición, la voluntad y la fuerza compartida de distintos grupos sociales (Souza, 1989; Souza, 1990b). Desde un principio, estos grupos deben tener claro que tratan con un fenómeno colectivo en el cual todos y cada uno suscriben una obligación moral compartida y una determinada calidad de participación en el bienestar equitativo, con la responsabilidad y la participación de la comunidad (Souza, 1990a; Waitzkin y Britt, 1993).

En otras palabras, el creciente incremento en el consumo de psicotrópicos de la sociedad mundial y nacional contemporáneas hace impostergable que el personal de salud se prepare profesionalmente —por medio de actividades, programas de formación y actualización continua— para enfrentar en forma eficaz y adecuada la atención terapéutica de este grave problema, que entre la lista de prioridades a resolver contempla una gran desproporción entre oferta de servicios asistenciales y demanda; diversificación de la disponibilidad social de drogas y el potencial número de personas que lo requieren; alta prevalencia de automedicación; aparición de nuevos psicotrópicos, vías de administración, nuevas motivaciones y modalidades de consumo; proliferación de iniciativas, técnicas, enfoques sin aval científico y discrepancias operacionales entre sus actores; documentada iatrogenia en el manejo de los síndromes adictivos; pobre rehabilitación y reinserción social; investigación no coordinada y escasa publicación de resultados; insuficiencia de personal y poca capacitación clínica; omisión y deficiencias técnicas en el manejo de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica; deficiencia procedimental para la prevención y manejo de la VIH positividad; ignorancia u omisión de las recomendaciones clínicas y legales que

afectan la complementariedad en las acciones e insuficiente producción de materiales educativos (Souza, 2000d; Souza, 2007a).

La patología adictiva y sus consecuencias, lamentablemente, permanecen todavía mal diagnosticadas por los médicos de primer contacto, e incluso por ciertos especialistas no psiquiatras y por algunos de estos últimos, pese a contarse entre los diversos problemas de los pacientes muy frecuentemente vistos en las unidades de salud (Souza, 2000d). La noción del proceso adictivo como enfermedad debe introducirse con más seriedad y atingencia en la educación profesional del personal de salud, a fin de facilitar los abordajes clínicos respectivos, y del personal educativo a efecto de su mejor, más amplia y veraz diseminación (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004c).

Está documentada en la bibliografía reciente una amplia experiencia educativa a través de programas especialmente diseñados para su difusión presencial y a distancia (vía internet), como los programas del National Institute on Drug Abuse, NIDA, el National Institute of Mental Health, NIMH, la Substance Abuse and Mental Health Administration, SAMHSA, de los Estados Unidos, la Addiction Research Foundation, ARF, de Canadá, entre otros, que otorgan a la herramienta electrónica una de sus más justificadas utilidades, especialmente por ser destinada al servicio comunitario de la eficiente información preventiva especializada.

La mayor parte de los profesionales del área está de acuerdo en que el programa del personal dedicado al estudio de carreras de la salud en primera instancia, así como los dedicados a la educación y otras áreas del conocimiento afines, debe ser instilado sistemática y continuamente, junto con su información en relación con las adicciones seleccionada, debido a la importancia que reviste su calidad de problema de salud pública (Souza, 2007a).

Así, por ejemplo, la aplicación del modelo terapéutico cognitivo-conductual de Prochaska y DiClementi, en distintas universidades, ha dado buen resultado, al consolidar tres importantes pasos:

1. la evaluación de las necesidades de aprendizaje en la materia;
2. el diseño *ad hoc* de los programas antiadictivos;
3. la evaluación de los resultados.

Al respecto, es importante destacar la participación actual en los sistemas educativos de los métodos de aprendizaje que facilitan la tarea contra las adicciones. De ahí que se haya documentado tan ampliamente la importancia de tres elementos formativos en los programas educativos en adicciones, especialmente los destinados al personal de salud, basados en:

1. la *identificación* correcta del problema;
2. la *intervención* adecuada que éste requiere;

3. la *educación* y el entrenamiento pertinentes a suministrar (Souza, 2000d).

Esta propuesta, de acuerdo con la explicación ofrecida en su momento por sus autores, debe visualizarse como una labor conjunta, que afina la modificación de actitudes e intereses del personal respecto al consumo de psicotrópicos y psicofármacos mal empleados (automedicación, mayúsculo problema nacional), que, como en el caso de las adolescentes embarazadas, sacude emocionalmente a los participantes y libera el frecuente y complicado conflicto de intereses existente, al evaluar moralmente tales conductas, amén de que, por sí mismo, el síndrome de exhausión (*burned out*) entre el personal de salud, derivado, entre otras cosas, de la frustración que representa el trabajo con abusadores/adictos, se manifiesta con cierta frecuencia entre quienes están a cargo de este tipo especial de pacientes.

De ello se desprende más o menos frecuentemente que el personal de salud muestre actitudes negativas contra pacientes y sus familiares, afectando en varios planos la ética y la responsabilidad laboral que su papel profesional demanda, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, pasando por la labor preventiva, el manejo y otros aspectos informativo-educativos al paciente y la comunidad (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). Los programas formativos actuales en materia de adicciones proponen cambios en el proceso educativo tradicional del personal de salud, al introducir en los contenidos respectivos las nuevas estrategias interactivas de mayor costo-beneficio, independientemente de su dinamismo, que refuerza los mensajes, incrementa la percepción de los problemas a tratar y el manejo global de los conceptos, e incluso promueve la diseminación de información especializada por internet.

En esa dirección, el estudio de los patrones de inicio y cesación de consumo de psicotrópicos por los jóvenes ha documentado ciertas interesantes diferencias, pues las mujeres inician con mayor dificultad sus patrones de consumo y asimismo pueden abandonarlos con mayor velocidad que los varones. En tal sentido, llama la atención que los estudiantes de medicina y los ya profesionales tengan igual patrón de consumo de tabaco que las muestras obtenidas en los estudios realizados entre población general, o incluso más alto. Esta circunstancialidad lleva a pensar en la prevención de las adicciones y la reducción de su amplia y compleja comorbilidad, como en el caso de la VIH positividad, que tiende a incrementarse, precisamente, cuando no se llevan a cabo las recomendaciones conocidas y destinadas al efecto.

En la actualidad los criterios terapéuticos internacionales han considerado que, mientras las instituciones de salud no enfrenten adecuadamente los trastornos por consumo de psicotrópicos (abuso, dependencia y demás cuadros clínicos relacionados), continuará el fenómeno de “puerta giratoria”, por el cual los distintos usuarios de los servicios de salud solicitan atención una y otra vez debido a la cronicidad de su trastorno, lo mismo que a sus complicaciones

médicas, psicológicas y sociales. La importancia del entrenamiento clínico y la psicoeducación en adicciones en la actualidad es muy relevante en nuestro país, toda vez que no se dispone aún de personal suficiente ni adecuadamente preparado para confrontar uno de los retos más importantes de la salud pública (Souza, 2000d). Es deseable, por lo tanto, contar con la participación decidida del personal de salud para colaborar en pro del bienestar comunitario y, a la par, del crecimiento individual que implica su preparación (Souza, 2007a).

Se pretende aquí ofrecer al personal de salud una reflexión acerca de la magnitud del fenómeno adictivo; sobre la unificación de los criterios clínicos para su abordaje, y de la trascendencia del uso de una terminología común que promueva mejores medidas terapéuticas. Además, hemos de generar la información específica requerida sobre la necesidad de buscar atención profesional en casos de abuso/adicción a sustancias, para que los pacientes y sus familiares puedan tener acceso más rápido y adecuado a la atención institucional. Al efecto hace falta aún conocimiento por parte del personal de salud acerca de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales básicos relacionados con el tema, así como información actual precisa respecto a las ventajas de usar los distintos instrumentos diagnósticos y terapéuticos contra esta patología (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004c).

La verdadera instrucción requiere, en todo caso, una estructura integradora, más rica y profunda, cuya propuesta interdisciplinaria explicativa ofrezca resultados mensurables de sus acciones y que éstos se difundan en la comunidad. Asimismo, que dé cuenta de la complejidad biopsicosocial del ente humano y demuestre la participación de los sustratos patológicos responsables de la enfermedad. Los elementos para consolidar una instrucción tal se obtendrán, si así ocurre, a través de metas y objetivos cada vez más específicos, alentados por la participación de todos desde su nivel de influencia. Entre las metas de la labor educativa en adicciones, para su conocimiento y posterior aplicación entre el personal de salud, destacan:

1. la indispensable semblanza acerca de la magnitud del fenómeno adictivo;
2. la unificación de criterios clínicos para su abordaje;
3. una adecuada familiarización en el uso de la terminología técnica internacional, capaz de promover el empleo de las mejores medidas terapéuticas de demostrada eficacia.

De ello dependería en buena medida la adecuada diseminación de la información específica sobre el tema y la facilitación del proceso para obtener atención profesional en casos de abuso/adicción a sustancias. No se han integrado aún los "paquetes de información básica" tan necesarios para su diseminación social, en particular los relativos a sus consecuencias sobre la salud individual y colectiva, y el momento para la detección apropiada de aquéllos

(Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000). Por ello resulta un asunto de suma importancia, entre el personal de salud y la comunidad, la difusión veraz y oportuna de información actual acerca de los instrumentos diagnósticos y terapéuticos usados contra esta patología. En conclusión, para lograr la meta de una preparación práctica debe convencerse a quienes toman decisiones al respecto y cuentan con los recursos diversos (académicos, económicos, humanos y materiales, etc.) para alcanzar la imprescindible enseñanza formal del personal encargado. Por lo tanto, se vuelve altamente significativa la relevancia actual del entrenamiento clínico y la psicoeducación en adicciones en nuestro país, toda vez que el fenómeno nos ha rebasado y hemos de preparar aún al personal en la materia, si deseamos cumplir nuestra obligación social de encarar esta superlativa condición mórbida (Souza, 2003d).

Otros muchos escollos a librar en este asunto, una vez logrado el conjunto de recursos para la instrucción apropiada de los participantes, tendrán que ver, sin duda, con la seriedad y el compromiso de la actuación profesional, es decir, con el aprendizaje teórico-práctico y vivencial simultáneo de esta materia que se ha subestimado por muchos años en los ámbitos clínicos y formativos.

No basta con decirse o sentirse "terapeuta"; la supervisión de casos clínicos *ad hoc* y la inclusión del personal en su propia terapia psicológica hacen la diferencia que habilita a las personas a seguir los patrones de ayuda descritos para los distintos tipos de conflictos individuales/familiares que aglutina el abuso/dependencia de psicotrópicos. Por ello se estima que sin la ayuda de la sociedad y de la participación vincular decidida de los afectados y el personal, con base en una relación médico-paciente adecuada, no será posible conquistar la solución de este multifacético trastorno (Souza, 2007a). Por otro lado, en torno a la formación del psicoterapeuta deben considerarse los tres pilares de su formación (Schottenfeld *et al.,* 1997), aunque ello es extensivo, por supuesto, a otros colegas de la profesión, de la salud mental y las neurociencias en general, si bien algunos de ellos —en especial los de corte "biologista"— traten de aplicar su reduccionismo científico también en pro de su defensa, y continúen siendo renuentes a mirar con detenimiento en su interior y a aceptarse como son. Los pilares a los que se alude, que obran en conjunto y asimismo hacen crecer a las personas para convertirse en guías de proyectos de la salud, suelen reducirse, según la *vox populi,* a la preparación escolástica. De hecho, la mayoría de las personas en la sociedad piensa que basta con ir a la escuela y aprender —como se aprende un asunto teórico— la materia en cuestión, que habrá de explotarse luego, cual inversión de tiempo-dinero-esfuerzo.

No, el asunto no es tan simple. En la psicoterapia para los pacientes adictos eso es importante, pero no basta. Se puede estar de acuerdo en que la preparación brinda el conocimiento elemental del porqué de las cosas, pero a ello deben adosársele además las bases de la actuación profesional en el marco de lo que hoy se denomina en el campo profesional *las mejores prácticas* (Souza y

Cruz, 2007). La psicoterapia personal, requisito indispensable en la edificación formativa de todos aquellos que lidian con los problemas psicofísicos de sus pacientes, e incluso con los suyos propios, es el eje rector del conocimiento aplicado. Dado el carácter didáctico que tiene, se basa en la adecuada mezcla de teoría y praxis. Por lo tanto, requiere actualización con apertura individual; comunicación entre el alumno y su mentor, con su plan de estudios, su escuela y su campo laboral.

En tal sentido, la lectura se vuelve fundamental, y la actualización constante a lo largo de la vida profesional será paradigma y *espíritu de la materia* (Souza, 2004a). En consecuencia, el binomio enseñanza-aprendizaje involucra *a fortiori* en su método a los protagonistas, fundiéndolos en una misma actividad. Y si éste fuera un asunto patógeno, que no lo es, podría describirse como una complicidad o una actuación en duplo *(folie à deux)*. De modo que como compartir así es saludable, es mejor intentar compararlos a una pareja de baile, cuya danza dialéctica los convoca, compromete y, a la par, diferencia y unifica. Por ello no es raro ver que un ex alumno pase a ser docente en las propias aulas donde se forjó o incluso en aquellas otras de cualquier parte donde capta que existe esa necesidad y ahí incursiona.

Pero la teoría por sí misma no consolida el saber; requiere la praxis y una experiencia de conocimiento para modelar la actuación del profesional y, así, habilitarlo a entender, "acompañar" y ayudar a sus pacientes en el seno de un proceso formal de tratamiento, que en este campo es prolongado y sin duda cansador y difícil. En cierta forma esto ofrece la oportunidad emprendedora de ser eficaz profesional en cada sesión de trabajo. Por su parte, la observancia de las recomendaciones de los supervisores, siempre variada y rica, conceptualmente hablando, se torna, en un principio, en la regla de la operación a seguir.

Más tarde —el tiempo varía en cada caso—, cuando el alumno domina ya su técnica —mas no antes—, puede aspirar a pulir de manera personal las enseñanzas obtenidas y darse, sin miedo, la oportunidad de atender y realizar su actuación desde una posición individual, precisamente ahí, a solas con todo lo introyectado y aprendido, donde no hay supervisor... es decir, en la mayoría de los escenarios clínicos de nuestro país (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

Es ahí donde el graduado aporta un punto de vista nuevo, fresco, distinto y mejor, quizá. Se requiere una visión iconoclasta, arrojada y valiente para aportar constructivamente, pero sobre todo para devolver a los demás lo que uno ha recibido de los docentes en forma generosa. Lo mismo ocurre cuando participamos en un programa de enseñanza en la universidad de origen o en una institución educativa o de salud; o cuando colaboramos en un programa de difusión del conocimiento, evitando, o por lo menos tratando de disminuir, la distorsión y el sensacionalismo que habitualmente rigen a los medios masivos de

información, especialmente cuando trastocan la verdad de ciertas ideas, conceptos o acontecimientos en su beneficio mercantil, en muchos casos con el aval del Estado.

Esta conciencia social aplicada puede luego pretender guiar los destinos de las políticas de salud. Por ejemplo, a efecto de colaborar en la mejor comprensión comunitaria de los diversos y graves problemas de salud y educación que padece el país, que como las adicciones por sí mismas o con su comorbilidad siegan diariamente la vida de muchos mexicanos, y requieren, por lo tanto, abrir con luz clarificadora los caminos todavía intransitados por la mayor parte de la gente. En tal sentido vale decir: la ignorancia es como la noche... Las adicciones requieren profesionales que actúen en sus distintos niveles, desde la prevención hasta la rehabilitación, pasando por la terapéutica y la enseñanza temática contra la expresión de la patología. Necesitamos, como país, el involucramiento de muchos colaboradores para que, en conjunto, enfrentemos la titánica tarea de manejar la problemática cuando y donde se requiera —meta que por sí misma ha rebasado todos nuestros recursos a la fecha—, con base en programas informativo-educativos y actividades especialmente diseñadas para capacitar al personal de salud que atienda y resuelva la fisiopatología y las secuelas de esta grave condición (Souza, 2007a).

Cabe señalar, de manera paradójica, que el número de profesionales captado y adiestrado en esta materia resulta irrisorio, aun cuando se sumen todas las maestrías, cursos de especialización e incluso otras actividades supervisadas y los diplomados —aunque nadie sabe exactamente qué se quiere decir con ese pomposo sustantivo— que se realizan a lo largo y ancho del país. De hecho, las diferentes instancias educadoras, en sus variados niveles, no han unificado, a la fecha, los programas de estudio y, como se sabe, todavía estamos lejos de poder brindar una oferta educativa consensuada y efectiva destinada a los distintos profesionales que comprende el campo laboral del personal de salud, no sólo debido a sus distintos intereses educativos y formativos, sino a causa también de la falta de políticas administrativas y de conducción adecuada al efecto.

La rectoría que se requiere para esa afortunada condición, por lo que se aprecia, aún está en ciernes. Hemos de hacer votos por que pronto llegue la oportunidad de laborar en forma compartida con todas las instancias involucradas. Pero desdeñada la enseñanza y carentes de un órgano social que certifique nuestra participación terapéutica apropiada a las necesidades y condiciones de los pacientes, se aprecia con tristeza y dolor que el esfuerzo logrado —de suyo importante y meritorio— sólo dará una modesta participación eficaz a aquellos afectados y a sus familias que alcancemos a incluir en los consultorios, pues no llega a fraguar la solución nacional requerida frente a este monumental problema, donde sobran politiquería y opiniones desautorizadas y faltan acciones civiles humanitarias y profesionales concretas (Souza, 2003f).

Por eso no es lo mismo rendir un esfuerzo laboral en una institución social que atiende la problemática de la comunidad —esa que tanto lo necesita— que ubicarse en el consultorio privado para resolver de "uno en uno" los problemas que nos lleven los escasos pacientes atendidos en cada jornada. Desde el punto de vista de la formación integral, es decir, de la estructuración profesional destinada al abordaje completo del problema de las adicciones, el foco de atención se centra en la comprensión del fenómeno mismo, desde la etiopatogenia, las manifestaciones clínicas y su rehabilitación, hasta el mantenimiento de la reinserción social y el seguimiento a largo plazo (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005).

Ahora, desde el punto de vista del manejo psicoterapéutico del problema adictivo, se tratan las concomitancias y secuelas de la patología, mas no la patología misma. De ahí que, para abordar integralmente el fenómeno, haya que complementar un enfoque con el otro si se aspira a lograr la integración que representa la universalidad humana. Los profesionales de la salud involucrados deben tener clara esta visión para poder optar por una, otra, o ambas condiciones. Al parecer aún priva en la comunidad cierto grado de confusión, y quizás hasta sea uno de los motivos por los cuales algunas personas no se acercan a los cursos de maestría.

En fin, sea como sea, a los nuevos graduados hemos de dar nuestros parabienes y desearles un feliz desempeño de sus habilidades, que fructifique el conocimiento obtenido y que disfruten de esta noble tarea para que sean la actitud y el ejemplo personal, no la retórica, las herramientas con las que se apoye su crecimiento individual, profesional y su labor e influencia benéfica en sus pacientes.

A cambio, justo es pedir compromiso, participación sincera y dedicada como responsabilidad de todo profesional (Souza, 2003a).

La enseñanza, la investigación y la clínica de las adicciones pretenden la adquisición de los mejores conocimientos, habilidades y destrezas posibles y, como la *paideia* griega, no constituyen un sistema cerrado, sino una plataforma amplia y flexible sustentada en la creatividad y la originalidad, cuyo reto de eficiencia busca hacerla siempre dinámica y actual (FINCA, 1998; Souza, 2000d; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004c). En otras palabras, intenta ser como la vida misma: una oportunidad para el desarrollo integral del hombre (Souza, 2000d; Souza, 2007a).

RESUMEN

La importancia del problema mundial de las adicciones en los últimos decenios, y sus alarmantes tendencias de crecimiento, impulsan a los distintos grupos profesionales a revisar las estrategias teórico-prácticas destinadas a atenderlo.

Este trabajo analiza y plantea descriptivamente, con base en la experiencia de quienes han sido testigos del fenómeno desde el seno mismo de las instituciones de salud del país, una opinión a favor del surgimiento de acciones específicas para solucionarlo.

Pone especial atención a aquellas áreas que no se han abordado de manera satisfactoria y que presentan rezagos importantes, las cuales repercuten gravosamente en el manejo profesional de la clínica y la terapéutica de este problema. Además, pretende generar una reflexión más consistente sobre “las nuevas estrategias para los viejos problemas” en espera de que, aunque por distintas razones éstas han sido descuidadas, por fin se dé su reconocimiento cabal y la participación oficial oportuna de quienes encabezan las acciones de salud social y educación médica.

* Modificado de Souza, 1998a.

III. ACERCA DEL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EN MÉXICO*

> La expectativa social respecto del tratamiento de las adicciones a menudo oscila entre el delirio mesiánico y el nihilismo romántico.
>
> Uno extermina el principio de realidad, el otro se dirige a la diselpidia, camino de la parontofobia.

LAS ADICCIONES —derivadas del uso ya sea legal o ilegal de psicotrópicos y otras sustancias de consumo— se han incrementado en el mundo desde hace varios años en forma considerable. Los datos de que se dispone a nivel mundial, al seguir la pista año con año, dan cuenta del fenómeno.

Durante el año 2007, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, ONUDD (UNODC, por sus siglas en inglés), en su informe anual (ONUDD, 2007), señaló que la población mundial de 15-64 años de edad era de 4 177 millones de personas, y la población con problemas de consumo de drogas de ese rango de edad fue de 25 millones de personas (0.6%). La prevalencia mundial mensual del consumo de drogas fue de 110 millones (2.6%) y la prevalencia anual de consumo de drogas de 200 millones (4.8%) para una población total mundial de 6 475 millones de personas, de las cuales el total de la población de 15-64 años que no usa drogas fue de 3 977 millones (95.2%).

Para tener una idea más detallada del asunto, compárense los datos del informe pasado con los derivados del Informe Mundial sobre las Drogas 2008 —descrito a continuación—, de la misma ONUDD (ONUDD, 2008) (último disponible a la fecha), que muestra cierta estabilización del fenómeno. Lamentablemente, se ve acompañada de cierta amenaza creciente relativa a un repentino aumento del cultivo de la adormidera y la coca, unido al riesgo que supone el consumo creciente de estupefacientes en los países en desarrollo, el cual tiende a socavar los recientes progresos en la fiscalización de esas sustancias. Lo importante del caso a señalar es que *menos del 5% del total de la población de adultos consume drogas*.

El informe titulado *2008 World Drug Report* de la ONUDD indica que, de cada 20 personas (de 15-64 años), no llega a una las que han probado drogas al menos una vez en los 12 últimos meses. Los consumidores problemáticos de

estupefacientes (personas con trastornos graves por dependencia de psicotrópicos) no llegan a un décimo de ese porcentaje, de por sí ya reducido: 26 millones, alrededor del 0.6% de la población adulta del planeta.

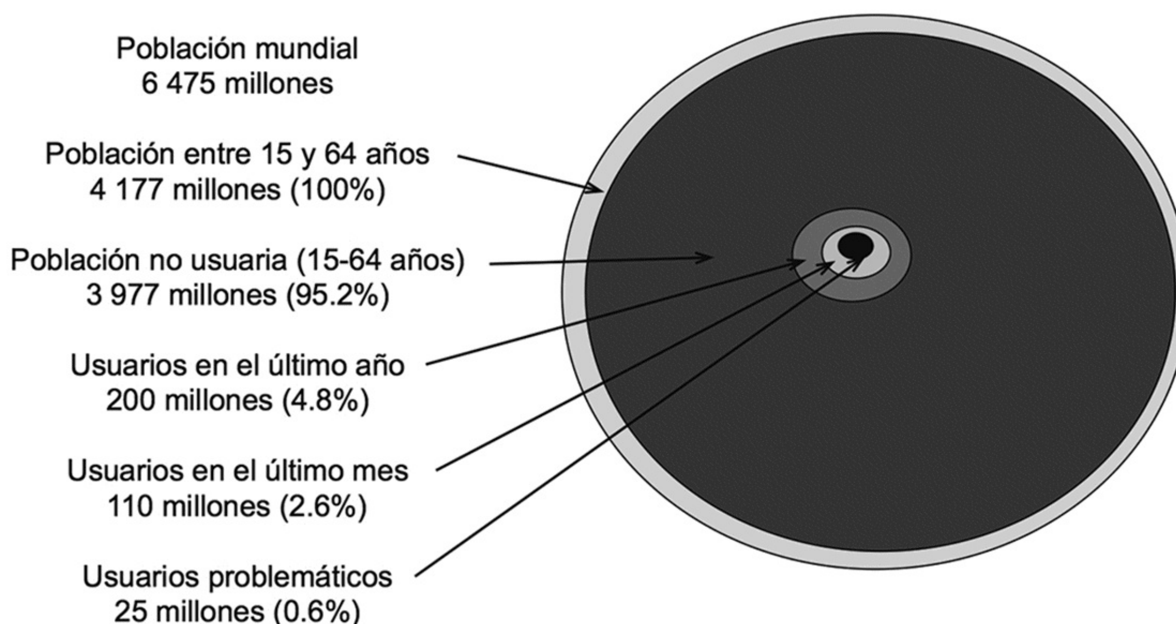
Los resultados indican que en los últimos años la fiscalización de estupefacientes ha conseguido extraordinarios avances, sobre todo en comparación con otras sustancias psicotrópicas. No obstante, cada año mueren en todo el mundo cinco millones de personas a causa del tabaco, alrededor de 2.5 millones por consumo de alcohol y unas 200 000 por efecto de las drogas ilícitas.

Cabe destacar que cuando se habla de psicotrópicos ilegales obviamente no se incluye el alcohol ni el tabaco, y que las cifras deben por lo tanto contabilizarlos y sumarlos cuando se desea dar idea real del daño que provocan. Por otro lado, la fiscalización de estupefacientes ha dado importantes resultados: la heroína, la cocaína y las sustancias sintéticas (metanfetaminas), con efectos desastrosos para quien las consume, no tienen sin embargo repercusiones tan graves en la salud pública como las drogas legales: el tabaco y el alcohol.

Por otra parte, la contención del consumo de drogas ilícitas reportada por la ONUDD a menos del 5% de la población mundial de 15 a 64 años (sobre la base de las estimaciones de la prevalencia anual) es un logro considerable, que se documenta en sus informes desde un punto de vista histórico. De hecho, tal contención respecto al problema de las drogas ilícitas a una fracción relativamente limitada de la población mundial se visualiza más adecuadamente cuando se tienen en cuenta otras tres estimaciones complementarias.

1. Que se ha contenido el consumo de drogas problemáticas, que afecta actualmente a una fracción marginal (0.6%) de la población mundial de 15-64 años.
2. El consumo de tabaco (nicotina), una droga psicoactiva altamente adictiva y subestimada como tal por la mayor parte de las personas, y cuya venta está generalizada en mercados abiertos, aunque regulados, llega a afectar al 25% de la población adulta.

GRÁFICA III.1. *Abuso de drogas ilícitas en el mundo, 2005-2007*



FUENTE: UNODC, 2007.

3. Las estadísticas de la mortalidad demuestran que las drogas ilícitas se cobran una pequeña fracción de las vidas que se lleva el tabaco (todos los años las drogas ilícitas causan la muerte de unas 200 000 personas y el tabaco, de cinco millones).

El informe mundial 2008, que alude al consumo de drogas ilícitas en los años 2006-2007, señaló que la población mundial total es de 6 608 millones de personas, de la cual la población mundial de 15-64 años de edad representa 4 272 millones de personas. Asimismo, la población no consumidora de drogas de 15-64 años de edad es de 4 064 millones de personas, es decir, 95.1%. Ahora, la prevalencia anual del consumo de drogas se estima en 208 millones de personas, equivalente a 4.8%, y la prevalencia mensual del consumo de drogas es de 112 millones de personas, o sea, 2.6% (gráfica III.1).

Pero lo que llama la atención es que el consumo de drogas problemáticas en la población de 15-64 años de edad es de 26 millones de personas, lo cual representa 0.6% del total poblacional, cifra nada despreciable para efectos de actividades y programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, y en particular para la educación para la salud.

Sobre la situación en México, el presente capítulo, derivado del excelente trabajo epidemiológico Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), intenta mostrar los datos más actualizados sobre el tema al sintetizar los principales resultados de la citada encuesta en torno a la condición adictiva nacional, dirigidos *ex profeso* al personal de salud dedicado a su tratamiento.

Al efecto, cabe destacar que el carácter urbano-rural con representatividad estatal de la ENA informa sobre la percepción de la población acerca del fenómeno adictivo, los riesgos del consumo experimental y del que ocurre en su entorno. Dicha información no sólo coadyuva a definir los índices de consumo, la problemática asociada y las necesidades de prevención, sino que a la vez faculta una orientación más precisa de las necesidades terapéuticas de la población nacional (ENA, 2008). Entre 2002 y 2008 el consumo de drogas ilegales y médicas en población rural y urbana de 12-65 años de edad aumentó de 5 a 5.7%. Asimismo, las drogas ilegales (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, disolventes volátiles y otras) aumentaron de 4.6 a 5.2 por ciento.

El consumo de psicofármacos de potencial adictivo y usado sin prescripción no muestra cambio desde 2002. Y si bien el consumo de drogas ilegales es mayor en hombres (4.6:1 hombre/mujer), el índice de crecimiento es mayor en mujeres, entre quienes se duplicó de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, a diferencia del caso de los hombres, que sólo subió de 8 a 8.8%. La mariguana y la cocaína son los psicotrópicos preferidos en el país. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2% y el de la segunda duplicó su consumo entre ambas encuestas (de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008), ocupando el primer lugar de preferencia desde la primera ENA (1988).

La cocaína, con importantes fluctuaciones, desplaza de la preferencia a los disolventes volátiles desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, al aparecer en el mercado nacional. Desde entonces su oscilante consumo mostró un crecimiento acelerado en los noventa, estable y en decremento hacia el final del siglo pasado, y ahora reaparece. Otros incrementos importantes ocurren en cocaína tipo crack y metanfetaminas, cuyas cifras crecieron seis veces, a diferencia del crecimiento de alucinógenos, que no es significativo; los disolventes volátiles, que venían mostrando una tendencia decreciente, ahora ascienden.

La percepción social acerca de las adicciones señala que más de la mitad de los encuestados considera que los adictos son personas enfermas, y dos terceras partes afirman que necesitan ayuda. Una tercera parte los considera personas débiles y una quinta parte los percibe como delincuentes. Tal percepción identifica a las sustancias que producen adicción: mariguana, alucinógenos, cocaína, heroína, disolventes volátiles, alcohol y tabaco; el mayor potencial adictivo lo asignan a mariguana, cocaína y alcohol. De modo paradójico, un menor consenso se obtuvo para tabaco, heroína, disolventes volátiles y alucinógenos.

Acerca de las mejores opciones para rehabilitar a los adictos, sólo una muy pequeña proporción de la población estima que la cárcel es una opción o bien considera que pueden curarse solos. Sin embargo, la mitad afirma que se los debe enviar a granjas para adictos lejos de la ciudad, reafirmando así el crónico

estigma sufrido por estos pacientes. Dada la asociación entre trastorno por consumo de sustancias (abuso/adicción) y riesgo de infección por VIH en venousuarios, o de prácticas sexuales de riesgo, comunes en la intoxicación, menos de un tercio (hombres y mujeres) estimó que "una persona que se ve sana no puede estar infectada".

En cuanto a la disponibilidad y uso de drogas en el entorno, se encontró que una alta proporción presenta problemas de consumo de alcohol en el padre, de otros psicotrópicos en el mejor amigo o algún miembro de la familia (trastorno por consumo de sustancias por alcohol en la madre). Este consumo familiar y del entorno inmediato constituye, por su frecuencia, un factor de alto riesgo para la oportunidad de uso de drogas que refleja diferencias en los grupos poblacionales y su ocurrencia en distintas zonas del país.

Considérese que una de cada cinco personas de 12-65 años que habita en área rural o urbana informó que le habían sido ofrecidas drogas para su compra o de regalo; la mariguana es la más disponible en la población, y las mujeres las menos expuestas a tal oportunidad.

De hecho, entre los adolescentes varones y jóvenes de 12-25 años una cuarta parte la ha tenido; la exposición a mujeres a más temprana edad ocurre en ese rango. El índice de exposición desciende con la edad, y la oportunidad está mediada por una serie de variables. Entre los adolescentes, por ejemplo, no estar en la escuela es un factor de riesgo importante. Otros factores, como trabajar, tener un miembro de la familia o un amigo consumidor, el intento suicida y el que la familia tenga mayores ingresos, aumentan la probabilidad de exposición.

Las diferencias generacionales en su disponibilidad afectan también la oportunidad de recibir oferta de drogas. De igual forma, el inicio del consumo de tabaco y/o alcohol previo a los 18 años incrementa la probabilidad de usar otros psicotrópicos.

Respecto al alcohol se observa la misma situación: 15.8% de quienes lo bebieron antes de la mayoría de edad continuó con otras drogas. Ello ocurrió en 4.7% de quienes empezaron a beber entre 18 y 25 años y en 1.2% de quienes lo hicieron después de los 26 años. Cabe enfatizar que resulta 4.5 veces más probable que una persona consuma psicotrópicos si su padre o hermanos los usan, y tal probabilidad aumenta 10.4 veces si quien los usa es el mejor amigo. La ENA 2008 indica que quienes no fuman o no beben alcohol presentan prevalencia muy baja de consumo (1% y 2.3%, respectivamente) (ENA, 2008).

En contraste, quienes fuman o beben presentan tasas más altas de consumo, y su índice se incrementa conforme disminuye la edad de inicio de tabaco y/o alcohol. A nivel nacional, 35.6% de la población urbana de 12-65 años ha probado alguna vez en su vida el cigarrillo; ello representa casi 27 millones de personas (48.8% hombres y 23.4% mujeres, 14.9% adolescentes y 40.2% adultos). En el área rural los porcentajes correspondientes son 23.6% de la población (38.5% hombres y 9.7% mujeres; 8.7% adolescentes y 28% adultos).

La edad promedio de inicio de consumo de tabaco es 17.1 años en población general de 12-65 años, con datos similares en el área rural. Las razones más reconocidas del inicio del consumo tabáquico fueron curiosidad y convivencia con fumadores (29.8% hombres y 26.9% mujeres, 24.1% adolescentes por curiosidad y 24.1% por convivencia).

A nivel nacional 17.2% de la población de 12-65 años (13 millones) ha fumado más de cinco cajetillas en la vida. Existen 14 millones de fumadores activos (8.8% adolescentes y 20.6% adultos) que fumaron durante el último año e iniciaron consumo diario a los 16.7 años (16 en hombres y 18 en mujeres). Se documentó un consumo promedio de siete cigarrillos al día (cinco en adolescentes y siete en adultos). La duración del consumo diario es 2.2 años en adolescentes y 11.4 en adultos. De los adolescentes, 42.3%, y 51.3% de los adultos, han intentado dejar de fumar alguna vez. Pero sólo 0.6% de los primeros y 2.6% de los segundos se han sometido a algún tratamiento.

Los fumadores activos (51.2% de adolescentes y 72% de adultos) han oído hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. No obstante, 75.7% consideró que podría abandonarlo sin ayuda de medicinas. Existen en México 13 millones de ex fumadores (17.1%) que detuvieron su consumo a los 29 años (hombres) y 25.6 (mujeres). La población que no fuma alcanza dos tercios de la muestra (51.2% hombres y 76.6% mujeres; 85.1% adolescentes y 59.8% adultos). A nivel nacional, una cuarta parte (11 millones), que nunca fumó, informó estar expuesta al humo de tabaco (25.5% hombres y 22% mujeres; 27.3% adolescentes y 22% adultos); las mujeres y los adolescentes son los grupos de riesgo más expuestos.

En torno de la percepción de las políticas de control del tabaco (lugares públicos libres de humo), la gran mayoría estuvo a favor de que se establezcan en restaurantes y lugares en donde se expenden alimentos; cines y otros lugares de espectáculos; bares y lugares en los que se venden bebidas alcohólicas; hospitales y otros centros de atención a la salud; lugares de trabajo y transporte público. La mayoría (89.1%) está a favor de prohibir el consumo de tabaco en cualquier lugar cerrado.

En relación con el consumo etílico, los resultados indican que la población mexicana no bebe diario o casi diario: sólo ocho de cada mil personas informaron consumir todos los días, a razón de 7.5:1 hombre/mujer, consumo que aumenta con la edad, y es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en el rango de 18-29.

El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres (cerveza, destilados, vino de mesa y bebidas preparadas, pulque, alcohol de 96 grados y aguardiente). Las cifras de consumo por tipo de bebida varían según los grupos de edad. El de aguardiente y alcohol de 96 grados aumenta con la edad. El de cerveza, destilados, vino y bebidas preparadas ocurre entre 18 y 29 años.

Después de los 29 el gusto por las bebidas preparadas disminuye en forma importante y ocurre el de pulque, de 30 a 39 años.

El patrón de consumo típico de grandes cantidades por ocasión de consumo ocurre en casi 27 millones (26 828 893) de 12-65 años, y su frecuencia oscila de menos de una vez al mes a diario. Los usuarios consuetudinarios son casi cuatro millones (3 986 461); beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia, a razón de 5.8:1 hombre/mujer. Pero en las mujeres esta manera de beber está aumentando, en especial en adolescentes. En ambos sexos los niveles más altos de consumo oscilan alrededor de los 18-29 años y descienden conforme aumenta la edad.

La población que presenta trastorno por consumo de sustancias (abuso/adicción) por alcohol es muy elevada, más de cuatro millones (4 168 063, de los cuales cumplen los criterios para TCS 3 497 946 de hombres y 670 117 de mujeres). Este patrón se asocia con una proporción importante de problemas familiares (10.8%), peleas (6%), con la policía (3.7%), detenidos (41.3%), laborales (3.7%), pérdida del empleo o posibilidad de perderlo (1.4 por ciento).

Los mayores índices de TCS por alcohol se ubican en: *1) zona norte* (Tamaulipas y Baja California Sur); *2) zona centro* (Aguascalientes, Durango, Nayarit, Michoacán, San Luis Potosí, Zacatecas, Morelos, Puebla, Querétaro, Hidalgo y Guerrero), y *3) zona sur* (Quintana Roo, Campeche, Oaxaca, Veracruz, Distrito Federal y Tabasco). Como puede colegirse, la magnitud del trastorno por consumo de sustancias por alcohol reclama el aumento de esfuerzos terapéuticos y preventivos.

La educación para la salud ha de dirigirse a evitar el consumo problemático y los periodos de ingestión excesiva asociados con una gran diversidad de problemas (Souza, 1984b). Las variaciones nacionales de consumo indican el carácter prioritario de la orientación de los servicios asistenciales para diferentes poblaciones de acuerdo con sus necesidades, en el marco de una atención especializada e integral.

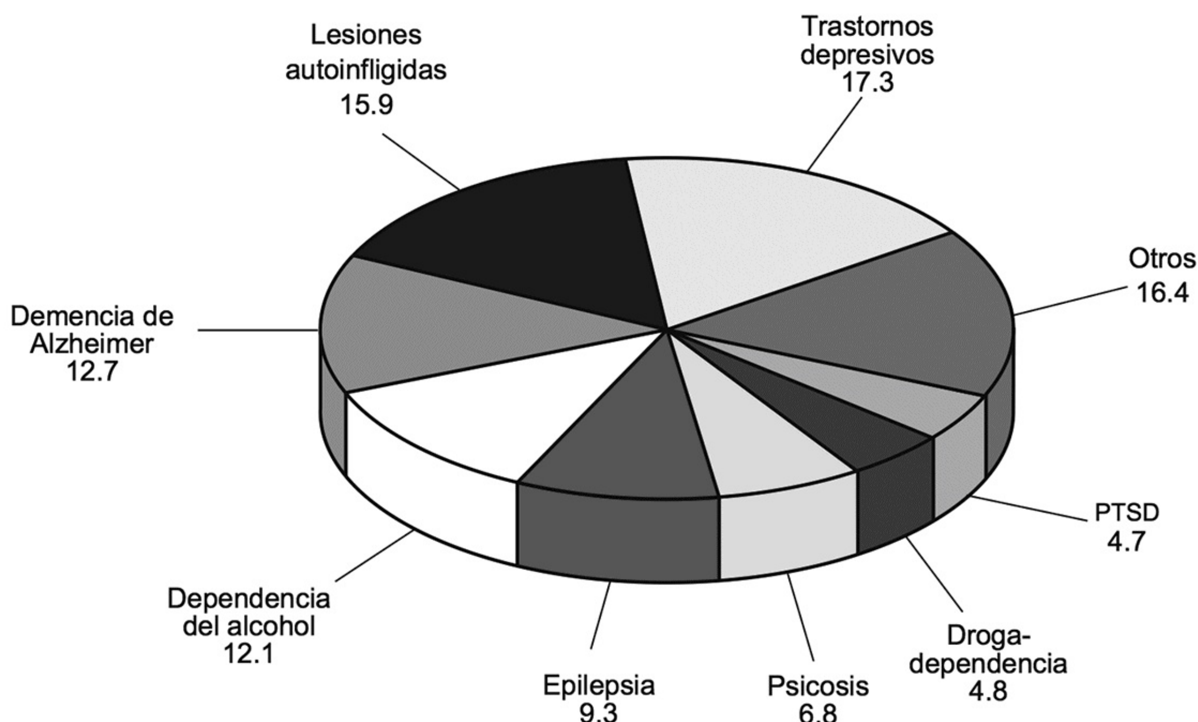
No obstante el aumento de la proporción de personas que busca ayuda por problemas de drogas, sólo un tercio de ellas acude a tratamiento. En ese contexto, los grupos de ayuda mutua, si bien requieren estar mejor capacitados y supervisados por la autoridad sanitaria, tienen una presencia útil que los hace ser una parte importante del manejo integral en la porción destinada al mantenimiento de la abstinencia (Souza, 2007a).

La población con trastorno por consumo de sustancias presenta diversos problemas de salud y conflictos sociales no atendidos que reclaman el incremento efectivo de la oferta terapéutica, el combate real del estigma que los rodea y una información veraz a la población sobre los mecanismos responsables de la patología adictiva, para hacer que los afectados gestionen más pronto el manejo de su recuperación y posible rehabilitación (Souza, 2005g). En torno a las discapacidades derivadas de problemas mentales, las adicciones derivadas del

alcohol y de otras drogas ilegales representan un alto porcentaje respecto de los otros orígenes de dichas enfermedades (gráfica III.2).

El programa nacional de atención a las adicciones debe considerar, además, la inclusión de todos los grupos poblacionales, en especial los que presentan condiciones especiales o mayor rezago.

GRÁFICA III.2. *Discapacidades derivadas de problemas mentales*



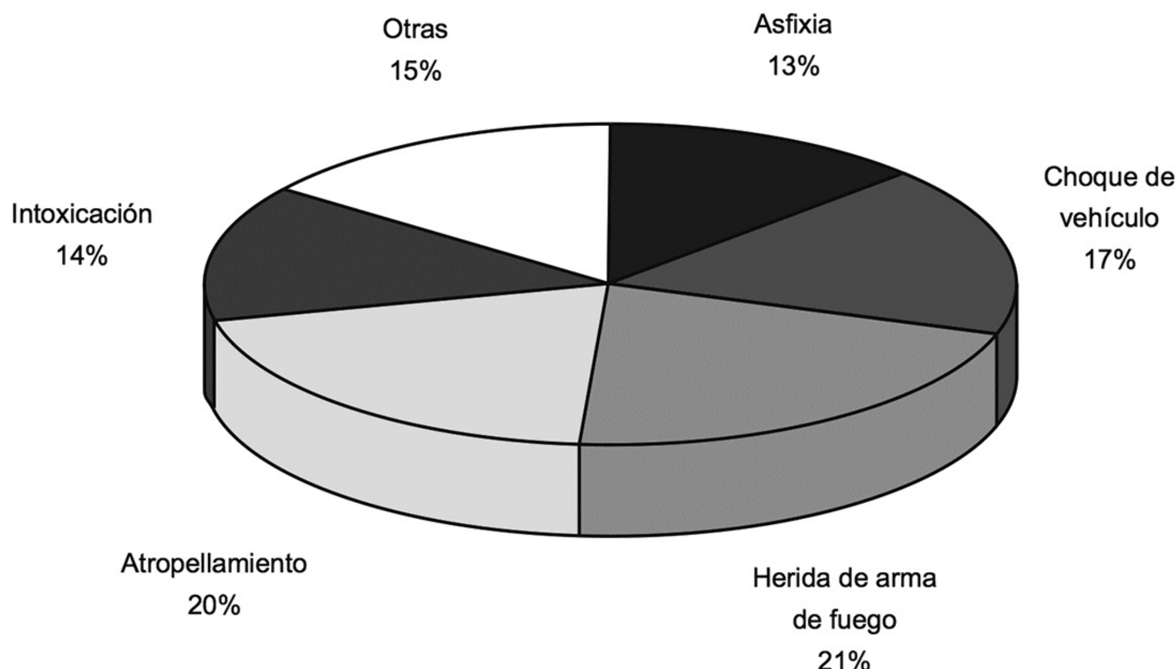
FUENTE: Adaptado de Banco Mundial, 1993.

Por otra parte, es importante mencionar que desde hace varios decenios, cuando se formalizó en México el estudio y control de las adicciones, se mantiene un espíritu discriminativo en el manejo de la terminología de esta área y sus conceptos —que no siempre son convergentes entre los profesionales y quienes no lo son— a menudo muestran escisión reiterada de las sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco del resto de las sustancias de consumo, genéricamente llamadas drogas, aun cuando algunas de ellas —psicofármacos— las prescriben los médicos bajo control e indicación terapéutica.

Es posible que se trate, ya de aspectos metodológicos y de la investigación del fenómeno, o bien se deba a razones pedagógicas, comunicacionales u otras, el hecho de que se haya querido categorizar de modo individual cada grupo. Como quiera que sea, no resulta claro para los recipiendarios de la población el separatismo que mantiene diferenciadas las sustancias legales de las ilegales, lo que contribuye a hacer pensar a las personas que unas pueden ser menos tóxicas que otras y, por lo tanto, causarán menor daño a la comunidad.

Asimismo, el reiterado asunto de señalar en los distintos escenarios oficiales y privados de tratamiento que el tabaquismo es un simple hábito o costumbre subestima la gravedad de la dependencia nicotínica que representa en todo fumador, y confunde tanto a los consumidores como a las demás personas involucradas.

GRÁFICA III.3. *Causas de muerte en consumidores de drogas*



FUENTE: De la Serna Rojas, Estrada y Medina-Mora, 1991; Castro, 1992; IMP, 1991, 1993 y 1997.

Por lo tanto, para efectos educativos en salud de la sociedad se requiere producir y mantener una única forma de hablar en un léxico apropiado, veraz, sencillo y claro que describa el fenómeno. Sucede, por ejemplo, que la mayor parte de las personas —no profesionales y profesionales incluso—, que laboran en el tratamiento de las adicciones en las distintas organizaciones e instituciones del país, exhiben un vocabulario informal, obsoleto e inadecuado, tomado del lenguaje de los propios adictos.

Este fenómeno fácilmente apreciable, porque está a la vista de cualquier observador externo, ocurre al parecer por varias razones: ya porque algunos de ellos son adictos o lo fueron, o bien porque una gran mayoría de todo ese personal no tiene formación profesional adecuada, ni se mantiene actualizado en lo referente a los procedimientos psicoterapéuticos que se brindan, en recintos profesionalizados, al paciente abusador/adicto.

Es deseable que el paciente se exprese adecuadamente y para ello se destina la porción educativa del procedimiento terapéutico antiadictivo, pero es más deseable aún que el profesional colabore en la enseñanza del paciente para conceptualizar correctamente su trastorno, y no que suceda al revés. Este asunto no debe soslayarse, no sólo porque no es adecuado y se remplazan desdeñosamente los conceptos técnicos necesarios y su tipificación, que facilita su reconocimiento, sino porque al faltar a la verdad se prohíjan mitos y falacias donde ya existe, de hecho, una pléyade (gráfica III.3). Por otro lado, la gravedad

del problema se complica al seguir usando los acostumbrados eufemismos que contraponen la intención de la educación para la salud.

Estas observaciones —si bien contemplan sólo algunos de los detalles relevantes más conocidos del personal de salud— representan un asunto de alta gravedad, por tratarse de un fenómeno serio, creciente y complicado, tal como lo atestiguan los datos epidemiológicos presentados.

Por último, deseamos que el resultado de esta colosal labor epidemiológica refuerce verdaderamente las acciones emprendidas por nuestras instituciones y apoye con toda la eficacia requerida las políticas nacionales de salud dirigidas a su tratamiento (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005).

RESUMEN

Esta breve semblanza pretende alcanzar, con su documentación temática, el doble propósito de alentar el conocimiento sobre el problema y de reorientar los esfuerzos terapéuticos contra las adicciones, para lograr una mejor y más pronta atención social al problema. Al efecto, se estima indispensable la consolidación de un sistema nacional de tratamiento integral que aloje y administre, técnica y operacionalmente, los recursos disponibles.

En aras de evitar los problemas de jerarquía escolástica y operativa entre los organismos e instituciones participantes, la historia natural del padecimiento permite un referente útil a la organización de las instituciones y organismos de salud encargados de brindar tratamiento, para participar en el orden clínico adecuado a cada caso.

En tal tenor, otro de los problemas urgentes a resolver, antes de asignar el manejo requerido a la patología del abuso/adicción, radica todavía en la ineficiente y confusa referencia de los pacientes a las instancias clínicas correspondientes. Es imperativo considerar los criterios establecidos según sea la gravedad y el tipo de padecimiento, para su conveniente derivación, lo que contribuye a un mejor y más expedito manejo, que se logra al empatar el diagnóstico situacional del caso (emergencia o situación de caso controlado), las condiciones clínicas más relevantes (dadas por el momento de la historia natural del padecimiento) y el tipo de institución (características de su oferta) de que se dispone para su mejor manejo.

Como cada grupo lo hace de manera diferente en función de sus postulados, cualquiera que sea la evaluación del paciente, deberá considerar de modo mínimo la evaluación de las siguientes áreas: *1)* estado de salud; *2)* situación laboral y apoyo institucional; *3)* consumo de alcohol y drogas; *4)* situación legal; *5)* situación familiar y social; *6)* estado mental. Y dado que sin la exploración adecuada de estas áreas no se estará en posibilidad de contar con una valoración integral del caso, en el marco de la normatividad vigente ni acorde a las

necesidades de cada paciente, el manejo que se hiciera —como lo constata la praxis— resultará insuficiente.

Por ello, es deseable que cada organismo e institución involucrado realice los métodos simples de evaluación que permitan un abordaje completo y adecuado, en aras de lograr, dentro de los cánones éticos de la profesión, las mejores prácticas y su favorable impacto en la salud mental social.

Por último, y para ofrecer un rostro más tangible y humano del fenómeno, que las estadísticas no pueden aportar, a través de este comunicado alentamos a todos los integrantes de los equipos de salud que participan en distintos niveles de manejo a conformar una unidad terapéutica integral contra las adicciones a nivel nacional, y a buscar la preparación suficiente y necesaria para un adecuado combate del fenómeno en las mejores condiciones de abordaje.

El espíritu de servicio que caracteriza a los trabajadores de la salud debe mantenerse ligado a los algoritmos operacionales recomendados por los expertos, sin los cuales se retrasa y demerita cualquier actuación. Por lo tanto, debe formar parte de la actualización teórica-técnica continua de la materia, cuyo vertiginoso cambio, en los últimos años, ha favorecido colosalmente la comprensión neurobiológica y el abordaje nosológico y terapéutico de las adicciones. Pero, sobre todo, debe amalgamarse al sentido humanista de nuestras profesiones, cuyo imprescindible enfoque pragmático da sentido a la vida de todos aquellos que contribuyen, con su actividad, a devolver a quienes, víctimas de diversas condiciones propias y ajenas, quebrantaron su salud física y psicosocial, lo más valioso de sí mismos. Por una salud colectiva más justa: el arte, la técnica y la ciencia del hombre, al servicio del hombre.

Es deseable contar con la participación decidida del personal de salud para colaborar en pro del bienestar comunitario y, a la par, del crecimiento individual que implica su preparación. Hemos de reflexionar acerca de la magnitud del fenómeno adictivo; sobre la unificación de los criterios clínicos para su abordaje y acerca de la trascendencia del uso de una terminología común que promueva una mejor terapéutica; de generar la información específica requerida sobre la necesidad de buscar atención profesional en casos de abuso/adicción a sustancias, para que los pacientes y sus familiares puedan tener acceso más rápido y adecuado a la atención institucional. Y aunque todo ello problematiza el abordaje de los casos, también favorece nuevas consideraciones y opciones no sistematizadas de conocimiento práctico para asumirse en la rehabilitación de esta compleja patología, cuya meta última es lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal.

En tal contexto, deviene altamente significativa la relevancia actual del entrenamiento clínico y la psicoeducación en adicciones, toda vez que el fenómeno nos ha rebasado y hemos de preparar aún al personal en la materia, si deseamos cumplir nuestra obligación social de encarar esta superlativa condición mórbica. Se estima que sin la ayuda de la sociedad y de la participación vincular

de los afectados y el personal, con base en una relación médico-paciente adecuada, no será posible conquistar la solución de este multifacético trastorno.

La “instrucción“ tradicional de algunos grupos “terapéuticos”, vía praxis y observación parcial del fenómeno, debe ser compatible con los postulados teóricos del conocimiento científico actual. Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, la cual es necesario conocer para orientarse en las complejidades de la información que contiene. El divorcio conceptual-lexicológico que problematiza la comunicación debe superar la confusión existente, especialmente ahora que las organizaciones e instituciones reconocen la necesidad de integrar la terapéutica antiadictiva nacional. Pero tal estrategia carece de un código unificador, comprensible y práctico para *contender y desmitificar* cuanto se requiera para reorientar la buena voluntad de la comunidad.

Las instituciones han de apegarse a marcos jurídicos operacionales que supervisen adecuadamente al personal, desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones, en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, y con auténtico espíritu de servicio.

* Curso Introducción a las adicciones, maestría en psicoterapia de las adicciones, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP, México, 2009.

IV. ENFOQUES ETIOPATOGÉNICOS DE LAS ADICCIONES*

DESDE que se inició el abordaje antiadictivo en México, hace ya casi cuatro decenios, la bibliografía ha recogido distintas hipótesis sobre los enfoques fisiopatogénicos de las adicciones, refiriendo aspectos neurobiológicos, psíquicos (individuales y colectivos) y sociofamiliares (Johnson, 1999). El predominio de un concepto sobre otro no ha limitado su conveniente traslape para consolidar su integración conceptual.

Las formulaciones sobre la dinámica adictiva coinciden en algunos aspectos del abusador/adicto; la evaluación de la fortaleza yoica del paciente y de la importancia relativa de la conducta adictiva en la estructura de carácter permite, desde la perspectiva psicoterapéutica, asignar abordajes complementarios de manejo. No basta con tipificar al paciente; se precisa trabajar con él y para él en el logro y mantenimiento de su abstinencia; hay que motivarlo, entender lo que le pasa y cómo y por qué le ocurre; valorar los significados que pueda tener para sí su patología e instarlo a lograr la actuación definitiva de su rehabilitación en términos de una abstinencia total, permanente y productiva (Souza, 2004a).

Más allá de la prescripción correcta de psicofármacos, eficaces herramientas requeridas en la mayoría de los casos (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000); de los demás esfuerzos dirigidos a detener el consumo y de hacer de la abstinencia un bastión de fortaleza y esperanza, se debe construir un vínculo de comprensión, clarificación y apoyo que beneficie al afectado y a su familia, con miras a que su regreso a la salud le permita reincorporarse a una vida creativa y fecunda, sin el lastre del consumo tóxico y sus consecuencias (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, 2007a).

Un planteamiento sobre las dicotomías y su influencia en los trastornos de personalidad afirma que el ambiente psicosocial y la psicoterapia se asocian más con el concepto de mente, mientras los genes, la biología y la medicación se asocian con el de cerebro. Pero ambos términos no están separados ni participan de modo individual. Se entrelazan de forma indivisible y actúan de manera simultánea en la patogénesis de los trastornos de personalidad y otros más (Gabbard, 2005), por lo que hemos de producir un lenguaje que ayude a

desarrollar la unificación conceptual requerida para el manejo de estos trastornos (Souza, 2006c).

Tanto los prejuicios como la ignorancia, por un lado, y el avance de las neurociencias y los portentosos descubrimientos en que sustentan sus puntos de vista, por el otro, alejan a algunos profesionales de la salud del tipo de observación psicodinámica (prejuiciada de por sí y a menudo reforzada por distintos equívocos y falta de indagación) (Souza, 2004a), al considerar que los aspectos psíquicos en la patología adictiva están en la actualidad, o bien quedarán pronto, fuera de su ámbito de acción. Los planteamientos etiopatogénicos sobre la adicción que más aparecen en la bibliografía son la adicción como enfermedad biológicamente determinada, como una respuesta frente a la falta de capacidad para tolerar los afectos y como un objeto transicional (Johnson, 1999).

VISIÓN NEUROBIOLÓGICA

Plantea que los psicotrópicos están incluidos en el mismo sistema instintivo que motiva a los animales a buscar comida, agua y sexo, ubicando el aumento de interés por las drogas como impulso derivado de las vías dopaminérgicas mesotelencefálicas cerebrales (Kalivas y Volkow, 2005), dado que los psicotrópicos comparten la capacidad de estimular la neurotransmisión dopaminérgica (Ingmar, Franken, Booij y Van den Brink, 2005). La percepción y representación mental de los acontecimientos asociados con la activación del sistema refieren un proceso psíquico que transforma la percepción de los estímulos, haciéndolos atractivos y “deseados”.

El uso repetido de psicotrópicos modifica gradualmente el sistema neural, haciéndolo cada vez más sensible —quizá con carácter permanente— tanto a las drogas como a los estímulos vinculados a ellas. De ahí que se piense que la sensibilización al incentivo transforme el deseo ordinario en deseo compulsivo. Además, la neuroadaptación responsable de crear el incentivo puede ocurrir de forma independiente a los cambios del sistema neural, mediador de los efectos subjetivos placenteros y del sistema neural involucrado en la abstinencia.

Tras suficiente exposición, el placer de las conductas adictivas tiende a volverse irrelevante, ya que el sistema neural del deseo está construido para estimular al organismo hasta lograr un objetivo (Kalivas y Volkow, 2005). Acto seguido se produce el consumo compulsivo, a pesar de los fuertes efectos adversos que pueda vivir el paciente (pérdida de trabajo, conflictos en el hogar, la agonía misma de la abstinencia, etc.). Desde la perspectiva neurobiológica los psicotrópicos imitan el proceso natural que afecta al cerebro (Goldstein y Volkow, 2002; Souza, 2007a).

ADICCIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE LA FALTA DE HABILIDAD PARA TOLERAR LOS AFECTOS

Se busca aliviar el sufrimiento a través del consumo de una droga con cierto grado de especificidad psicofarmacológica (hipótesis de la automedicación) (Khantzian, 1997). Se ha documentado que los opiáceos atenúan los sentimientos de cólera/violencia; los depresores del sistema nervioso central alivian los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad, y los estimulantes mejoran la hipotonía, alivian la depresión o contrarrestan la hiperactividad y el déficit de atención. Para su comprensión, el origen de la incapacidad para regular los afectos se ubica en la infancia temprana y en el fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de los padres.

Esta capacidad protege contra el peligro y asegura la supervivencia, incluye la prueba de realidad, capacidad de juicio, control, angustia, señal y habilidad para sacar conclusiones acerca de las consecuencias causales.

La capacidad de autocuidado es desarrollada a partir de los cuidados y protección prodigados por los padres desde la temprana infancia y, posteriormente, a través de las interacciones entre el niño y sus padres. Debido a la falta de esta internalización, el sujeto no puede regular la autoestima o las relaciones, ni cuidar de sí mismo (Khantzian, 1995). El énfasis en la intolerancia a los afectos se relaciona con fallas tempranas en el desarrollo. La hipótesis de la automedicación se confirma por el relato de los pacientes y por cómo responden a los estados afectivos intolerables vía consumo de psicotrópicos (Khantzian, 1997).

De hecho, los trastornos afectivos son también una consecuencia, no sólo precursores de adicción (Souza y Cruz, 2007b), al igual que la conocida relación causal recíproca entre los trastornos de ansiedad que llevan a la adicción y viceversa (Kushner, Sher y Erickson, 1999), que converge en que el abusador/adicto con vulnerabilidad narcisística tienda a sentirse abrumado por experiencias de impotencia e indefensión. La conducta adictiva pretendidamente busca "restaurar" un sentimiento de potencia contra la vivencia apabullante (Dodes, 1990; Dodes, 1996).

OBJETO TRANSICIONAL

En la psicodinamia de los pacientes se considera esencial la naturaleza objetal de la conducta adictiva, que describe al objeto transicional como una adicción (Winnicott, 1958). Se han descrito diversas dinámicas objetales en la adicción, que es definida como: "Una actividad ostensiblemente placentera que causa daño repetido debido a que la persona de modo involuntario e inintencional

prohíja y desarrolla una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia persistente de realizarla" (Kernberg, 1975).

Así, el sistema psicológico de "negación" creado alrededor del riesgo le permite al sujeto continuar la actividad a pesar de sus efectos perjudiciales, pues su función es proteger la relación con la adicción: no existe adicción sin negación.

La hipótesis de un modelo evolutivo en el que falla la internalización de la permanencia del objeto (periodo preedípico) produce al portador un temor específico de que sus impulsos agresivos puedan destruir los objetos propios en los que confía, por lo que la adicción se asemeja a los trastornos de personalidad limítrofe o narcisista.

En ellos la falta de capacidad para tolerar la soledad se resuelve vía la dependencia de un conjunto interno de fantasías idealizadas que permite al portador ser indiferente al vaivén de las relaciones cotidianas. En un individuo limítrofe, la inestabilidad afectiva activa la necesidad constante y desesperada de ser consolado y tranquilizado por una persona idealizada, mientras que en la adicción se establece una relación con una conducta adictiva idealizada (Volkan, 1973).

De acuerdo con el modelo evolutivo, ciertas adicciones representan una *regresión* por estrés, más que una verdadera adaptación a *la ausencia de permanencia de objeto*. Los individuos con "adicción regresiva" pueden dejarla con relativa facilidad, mostrando una conducta neurótica sin la fuerza destructiva de las conductas adictivas, a las que el individuo se aferra como medio de evitar la experiencia interna de abandono (Johnson, 1992). Y a la vez, con ello se plantea el posible retorno a la discutible meta del consumo "moderado" (Gabbard, 2005; Souza, 2003a).

Como puede apreciarse, coexisten en el fenómeno adictivo las perspectivas mencionadas, debido a su complementariedad. Cualquiera de tales dinámicas puede aparecer como la fuerza motivacional del caso, representando un marco de referencia desde el cual atender/escuchar a los pacientes, comprender de forma empática sus asociaciones y comportamientos, a fin de guiar las intervenciones que le ayuden a dirigirse con seguridad hacia formas más adecuadas de vivir (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

No obstante, ninguno de los modelos explicativos, aislado, representa la "verdad" acerca del mecanismo fisiopatológico de la adicción.

Es muy posible que los modelos se vayan sustituyendo, una vez que se arribe a "una nueva y verdadera verdad". No obstante, el enfoque combinado de los mismos elimina por ahora la necesidad de buscar un modelo único para esta patología. Se recomienda aceptar la integración conceptual como un intento de comprender el vínculo teórico-práctico de la terapéutica antiadictiva, en especial frente a la activación del sistema dopaminérgico y el aprendizaje asociativo, que contribuyen a generar el impulso de obtener la droga durante el deseo-necesidad

imperiosa de consumo (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, 2007a).

Resulta indispensable comprender los fenómenos de tolerancia y abstinencia que definen la adicción a fin de poder ofrecer una ayuda farmacológica adecuada, sin menoscabo de que la valoración apropiada de los enfoques refuerce, en los psicoterapeutas, su capacidad de proporcionar ayuda a sus pacientes (Souza, 2004a; Souza, 2003a). La empatía hacia el abusador/adicto, su dinámica y desconcierto, es un paso esencial en cualquier intento de abordar tan severa problemática (Souza, 2004a).

RESUMEN

Se revisan los enfoques etiopatogénicos relacionados con las adicciones desde la visión de los comunicados recientes disponibles en la bibliografía de las últimas décadas. Se presentan los contenidos de cada grupo de propuestas para hacer converger las recomendaciones teórico-prácticas a los profesionales interesados en el manejo de tales problemas, cuya recomendación, destinada a no asignar preferencia a un solo modelo de abordaje para esta compleja patología, se basa en la consideración didáctica-terapéutica de la incapacidad de cada uno de ellos para brindar una explicación biopsicosocial completa del fenómeno y la posibilidad de ofrecer un manejo integral al abusador/adicto.

Es preciso comprender el valor pragmático del deseo-necesidad imperiosa de consumo derivado del uso de psicotrópicos y su conducta de búsqueda, así como la tolerancia y manifestaciones clínicas de la abstinencia, para abordar terapéuticamente los aspectos nosológicos primarios y comórbidos que representa cada uno de los portadores de esta entidad.

* Curso de actualización Sustancias de abuso y sus efectos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D. F., 12-14 de febrero de 2007; Souza, 2007.

V. NEUROCIENCIAS Y ADICCIONES*

LA SEPARACIÓN de la neuropsiquiatría a mediados del siglo pasado en neurología y psiquiatría —hoy no justificada— convoca a los especialistas de las neurociencias a conformar de nuevo el campo neuropsiquiátrico (Vanderschuren y Everitt, 2004), dado que ambos comparten, pese a sus diferencias en áreas específicas, un mismo conocimiento. Éste se deriva, a la par, de los avances producidos tanto por el laboratorio (detección de sustancias en sangre, orina, saliva, sudor, cabello, etc.) (Souza, 2000e) como por el gabinete (Cardinal, Parkinson, Hall y Everitt, 2002) (resonancia magnética funcional y espectroscópica, tomografía por emisión de positrones, PET y tomografía de fotón único, SPECT).

La imagenología visualiza *in vivo* el funcionamiento y cambios estructurales del cerebro de los pacientes con problemas de consumo de sustancias, psicóticos, con esquizofrenia y depresión mayor bipolar y monopolar, y cierra, vía praxis, la citada brecha (Escobar, 2005). En tal contexto, los expertos recomiendan esta moderna visión ampliada del abusador/adicto (ONUDD, 2003a) para efectos de su manejo inmediato, como parte del tratamiento de su adicción (ONUDD, 2003a; Linares, Palau, Albiach y Santos, 2002; McLellan, Grissom, Alterman, Brill y O'Brien, 2000).

Para el desarrollo de tratamientos eficaces contra el *deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda del psicotrópico* (D-NIC), llamado *craving,* se han documentado los mecanismos moleculares acerca de las conductas vinculadas a la conducta de búsqueda de droga (Vanderschuren y Everitt, 2004; Volkow y Fowler, 2000; Breiter, Gollub, Weisskof, Kennedy, Makris, Berke y Goodman, 1997; Berridge y Robinson, 1998; Berke y Hyman, 2000; Chao y Nestler, 2004; Wolf, Mangiavacchi y Sun, 2003; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich y O'Brien, 1999; Everitt, Parkinson, Olmstead, Arroyo, Robledo y Robbins, 1999; Hyman y Malenka, 2001; Kendler, Prescott, Myers y Neale, 2003). Estos mecanismos dan cuenta de la persistencia conductual del riesgo de recaída de consumo y, a la vez, forman parte de la explicación acerca de la importancia de las señales asociadas con éste, que en ciertas circunstancias llega incluso a controlar tales conductas (Breiter, Gollub,

Weisskof, Kennedy, Makris, Berke y Goodman, 1997; Robinson y Berridge, 1993; Kalivas y Volkow, 2005; White, 1996).

La evidencia mostrada en los niveles molecular, celular, de los sistemas de la economía corporal y de su peculiar conducta (Berke, 2003) sugiere una visión convergente en la que el D-NIC deviene una especie de usurpación patógena de los mecanismos neurales vinculados al aprendizaje y la memoria, que, bajo circunstancias normales, contribuyen a los comportamientos de supervivencia relacionados con la búsqueda de recompensa y señales predictoras (Chklovskii, Mel y Svoboda, 2004; Deroche-Gamonet, Belin y Piazza, 2004; Di Chiara, 1998; Dudai, 2002; Hollerman y Schultz, 1998; Kauer, 2004; Kelley, 2004; Koob y Le Moal, 1997; Miller y Cohen, 2001; Montague y Berns, 2002; Montague, Dayan y Sejnowski, 1996; Montague, Hyman y Cohen, 2004 ; Nestler, 2002; Rhee, Hewitt, Young, Corley, Crowley y Stallings, 2003; Rolls, 2004; Steven y Hyman, 2005; Vernon, 1997; Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, 2001; David, 2004). Además, la eliminación de la brecha histotecnológica lograda por el esfuerzo desplegado desde los años sesenta, que consolida el conocimiento anatómico-funcional de los sistemas estriado-pálido ventral y amigdalino, y que junto con el núcleo básico de Meynert representan los componentes principales de la nueva anatomía cerebral básica (Brunswick, Amsterdam, Mozley y Newberg, 2003), promueve una visión conceptual-operacional de carácter etiopatogénico tan trascendente que remplaza múltiples ideas tradicionales, favoreciendo el abordaje inicial del abusador y el manejo del adicto (Souza, 2005d).

No ha mucho tiempo dichos abordajes fueron formas terapéuticas para esta patología, que a menudo conceptualizaron de modo atomizado el problema y, dada la dificultad de conceptualizar un todo integral, asignaron manejos parciales (Souza, 2005d).

Por ello, desde la perspectiva de las neurociencias —sin desconocer la participación de otros múltiples elementos psicosociales que integran y mantienen la patología adictiva— se precisa entender la pérdida de control del consumo de psicotrópicos que caracteriza la adicción, desarrollada pertinaz y progresivamente como resultado de los cambios que las propias drogas inducen sobre distintas zonas del cerebro (Bjork, Grant y Hommer, 2003).

En la actualidad esta dinámica farmacológica de actuación del psicotrópico sobre la economía corporal de abusadores/adictos se conoce cada día mejor, gracias a la participación y el uso clínico de la imagenología (Cardinal, Parkinson, Hall y Everitt, 2002; Escobar, 2005).

Las características del trastorno por consumo de sustancias incluye la escalada de consumo de las distintas drogas, solas o combinadas, a las que se puede ser adicto; el uso compulsivo de los psicotrópicos; la impulsiva e irrefrenable conducta de búsqueda de la droga que mantiene el proceso de ingestión-efecto-ingestión; la presencia y mantenimiento del D-NIC y las

manifestaciones que la reiteración del consumo provoca una vez que se reduce o cesa su administración (Souza, 2000e).

Señala la bibliografía que la corteza orbitofrontal desempeña un importante papel en la conducta humana. Anatómicamente, está conectada con las áreas de asociación de todas las modalidades sensoriales, las estructuras límbicas y las regiones corticales prefrontales que median la acción de los núcleos subcorticales, por lo que esta importante región cerebral sirve para integrar los atributos físicos y emocionales de los objetos-estímulo y establecer un valor motivacional/conductual basado en la estimación de una potencial recompensa (Souza, 2007a).

El daño a esta región causa una falla en la regulación que afecta la evaluación de la posible recompensa, que ahora incluye, además, el daño derivado del consumo de psicotrópicos (aquellos casos en que se ha documentado extenso y continuado —pese a un consumo leve o por poco tiempo—, en ciertas personas y con ciertos disolventes volátiles, la 3-4-metilen-dioxi-metanfetamina, MDMA, y la cocaína, entre otros). Por ello se afirma que la adicción hace patente un daño sobre la corteza orbitofrontal (London, Erns, Grant, Bonson y Weinstein, 2004).

Algunas de las ventajas clínicas de la imagenología se evidencian en la comprensión y en las propuestas para un más fino diagnóstico y manejo de problemas de consumo de alcohol y otras patologías adictivas comórbidas, como la adicción cocaínica (Brunswick, Amsterdam, Mozley y Newberg, 2003). La atrofia cerebral que muestran los adictos al alcohol patentiza las diferencias individuales al daño producido por su consumo crónico.

Así, los datos encontrados en estudios *ad hoc* proveen a su vez evidencias mixtas de la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias en quienes se han sometido simultáneamente a la adicción a cocaína. Estos últimos aumentan las zonas de daño cerebral en la materia blanca, constatables por características imágenes de atrofia (Brunswick, Amsterdam, Mozley y Newberg, 2003). Ello ocurre también con MDMA, droga altamente adictiva y neurotóxica de las terminales dopaminérgicas (Souza, 2005d).

Se ha descrito (Bjork, Grant y Hommer, 2003) que el decremento de los transportadores de dopamina usados como marcadores de las terminales en el cuerpo estriado de abusadores de MDMA se recupera a medida que se alarga el abandono de su consumo, en comparación con los pacientes recientemente tratados del síndrome de intoxicación aguda por metanfetaminas; éstos muestran un menor y más deficiente metabolismo en las zonas del cuerpo estriado y el tálamo.

Se concluye que el decremento persistente del metabolismo del cuerpo estriado de los abusadores puede reflejar los cambios producidos al paso del tiempo en el que el consumo estuvo presente, afectando las células del sistema dopaminérgico. Además, la disminución encontrada en el núcleo *accumbens* apoya la hipótesis etiopatogénica del síndrome amotivacional (a menudo

mostrado por anhedonia) en abusadores metanfetamínicos recién desintoxicados.

La recuperación del metabolismo de las células talámicas puede estar reflejando, a su vez, una respuesta adaptativa compensatoria del déficit dopaminérgico, y la mejoría asociada con el desempeño neuropsicológico indica su significado funcional.

Las investigaciones sugieren que la abstinencia prolongada puede revertir algunas de las alteraciones inducidas por MDMA sobre la función cerebral, mientras otro déficit puede persistir.

La importancia de la investigación neurobiológica se complementa con la aportación de un modelo explicativo para la resiliencia y vulnerabilidad derivadas de los patrones de respuesta cerebral, descritos como el análisis de la psicopatología relacionada con el estrés y su expresión a nivel neuroquímico, así como otros mecanismos nerviosos que median las respuestas de recompensa, miedo, condicionamiento o extinción de la conducta, y comportamiento social adaptativo, como rasgos importantes del carácter, posiblemente asociados con la resistencia o vulnerabilidad frente a ciertos objetos-estímulo (adicción) (Wang, Volkow, Chang, Miller, Sedler, Hitzemann, Zhu, Logan y Ma, 2004).

Existen 11 posibles mediadores (neuroquímicos, neuropéptidos y hormonales) de la respuesta psicobiológica, relacionados con la resiliencia y la vulnerabilidad, cuyo conocimiento sobre las bases neurobiológicas de la conducta favorece el descubrimiento de los factores predictivos, preventivos y terapéuticos de la psicopatología relacionada con el estrés (Charney, 2000).

Esperamos que tales avances sean posibilitados a todos aquellos que asignan manejos correctivos y rehabilitatorios para hacer efectiva, en todas las comunidades que lo necesitan, la incomparable utilidad de la imagenología y la tecnología aplicada a las neurociencias (Souza, 2007a).

En forma complementaria cabe mencionar que, en torno de la neurofisiología y la psicofarmacología de las adicciones, la sintomatología de las modalidades clínicas del abuso/dependencia de psicotrópicos resulta de las alteraciones en el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales: acetilcolina, dopamina, ácido γ-aminobutírico, norepinefrina, opioides y serotonina, y sus respectivos receptores (Vanderschuren y Everitt, 2004).

Se ha documentado que los psicotrópicos anticolinérgicos antagonizan los receptores de acetilcolina; los disociativos afectan todos los sitios de los neurotransmisores; los narcóticos actúan en ambos sitios, opioides y adrenérgicos del receptor; los psicotomiméticos (psicodélicos) estimulan la liberación de serotonina, y los sedantes-hipnóticos-ansiolíticos (SHA) potencializan la acción del receptor del ácido γ-aminobutírico (Giannini, 2000).

La asociación neurofisiológica de los neurotransmisores y sus respectivos receptores la correlaciona con cada uno de los tipos específicos de droga, por lo que permite reconocer clínicamente los cambios derivados de cada uno de ellos.

De ahí que el profesional de la salud pueda determinar exactamente el tipo de psicotrópico que origina la respuesta sintomatológica y, asimismo, intervenir apropiadamente en los distintos síndromes adictivos para contrarrestarla (Souza, 2005d).

No obstante, la sintomatología a menudo no es apropiadamente reconocida, lo cual se agrava con la inconsistencia clínica propia de los múltiples signos y síntomas que muestran los síndromes de intoxicación y abstinencia, debidos en parte a la variable dosificación (autoprescripción) que realizan los usuarios, así como a la adulteración de las sustancias que consumen, las interacciones derivadas del uso múltiple de drogas, los estados mixtos de intoxicación/abstinencia y las reacciones idiosincrásicas, entre otros factores (Souza, 2000e).

Por lo tanto, la falla diagnóstica contribuye a agravar y complicar la comorbilidad adictiva y psiquiátrica, e incluso a facilitar la mortalidad (Souza, 2005d).

El manejo del paciente intoxicado lo determinan la gravedad de su cuadro y los riesgos de salud que corre, que son similares a la condición del paciente abstinente. En consecuencia, se recomienda el manejo de tipo ambulatorio en los casos que:

1. muestran de leve a moderada sintomatología;
2. no coexisten con alteraciones comórbidas importantes;
3. su evolución inmediata y posterior puede supervisarse clínicamente (Souza, 2005d; Kosten y Connor, 2003).

Pero si aparecen complicaciones serias, como delirium tremens (a menudo proveniente de drogas alcoholo-barbitúricas), ideación suicida o síntomas psicóticos (derivados del consumo de estimulantes u opioides), es preferible un apropiado manejo hospitalario o residencial. Además, es importante considerar la presencia de comorbilidad psiquiátrica y médica, las cuales deben manejarse con toda oportunidad y atingencia.

El cuidado y apoyo que deben recibir los pacientes se basan en un manejo respetuoso de la contingencia, sin evaluación moral, y en psicoterapia orientada en forma autoafirmativa, dirigida a prevenir las recaídas y favorecer el manejo posterior a largo plazo, con la mayor cantidad de recursos personalizados posibles y de operación simultánea (Souza, 2005d; Kosten y Connor, 2003).

La utilidad práctica que brinda el uso de un algoritmo de manejo psiquiátrico de las adicciones destinado a apoyar al profesional de la salud para afinar el diagnóstico y en consecuencia ofrecer un tratamiento eficiente para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, TRS (los derivados del consumo y los inducidos por éste), es una prioridad clínica para la psiquiatría de las adicciones, destinada a utilizarse convenientemente en los ámbitos de

atención primaria a efecto de unificar los criterios operacionales del manejo y, desde luego, en toda aquella unidad que brinde manejo profesional (estructurado) a estos pacientes (Souza, 2007a).

Los elementos que constituyen dicho algoritmo se basan en la sintomatología propia de la patología adictiva, que se organiza en torno de la actividad alterada de los principales neurotransmisores mencionados arriba, y sus sitios de acción.

Al efecto, cabe señalar que los psicotrópicos de abuso conocido actúan recíprocamente de modo singular con el cerebro para producir modalidades variables de la sintomatología, tanto por lo que toca a su forma como a su intensidad (cuadro V.1).

De hecho, se sabe que los psicotrópicos de abuso descritos en la bibliografía afectan a cierto número de neurotransmisores, cuyo efecto se logra por vía mimética o antagónica sobre un sitio específico del receptor (Miller, 1991).

CUADRO V.1. *Neurotransmisores que participan en los síndromes de intoxicación y abstinencia de psicotrópicos*

	Neurotransmisores					
Tipo de droga	GABA	*Sero-tonina*	*Norepi-nefrina*	*Acetilco-lina*	*β-endor-fina*	*Dopa-mina*
Opioides			X		X	
Disociativas		X	X	X	X	X
Psicodélicas		X				
Estimulantes			X			X
Alcoholo-barbitúricas-sedantes-hipnóticos-ansiolíticos	X	X	X	X		X

FUENTE: Modificado de Giannini, 2000.

Y para los efectos tanto didácticos como clínicos de este comunicado, cada receptor dispone de un sitio de acción neuroespecífico, de modo que el conocimiento de la manifestación sintomatológica asociada con cada neurotransmisor facilita la evaluación inicial de los pacientes que ingresan a tratamiento por TRS y el diagnóstico adecuado de los síndromes de intoxicación y abstinencia correspondientes (cuadro V.2).

En consecuencia, cuando se trata de conocer el efecto de una nueva droga de abuso el profesional de la salud sólo tiene que saber cuál es el neurotransmisor afectado y el sitio receptor correlativo para reconocer los signos y síntomas resultantes esperados. Aunque cabe suponer, de antemano, que cada psicotrópico de abuso, al causar la estimulación simultánea de uno o más neurotransmisores, produce, no obstante, efectos clínicos variables en tipo e intensidad, según sea la clase de sustancia de que se trate.

Es decir, la respuesta clínica siempre es mediada por diversos elementos como la dosis, la pureza de la sustancia, las características generales de salud del paciente, la motivación de consumo, los factores socioambientales, que, entre otros, constituyen la tríada agente-huésped-ambiente (Souza, 2000e).

CUADRO V.2. *Actividad neurotransmisora*

Neurotrans-misor	*Receptores*	*Efectos clínicos*
Acetilcolina	Nicotínicos y muscarínicos	Coordinación, memoria nueva, sueño REM, expresión afectiva, función cognitiva
Dopamina	DA	Integración cognitiva, inicio de la actividad motora, actividad mnésica
GABA	GABA	Transmisión inhibitoria cortical; función cerebelosa, hipocámpica y del sistema límbico
Norepinefrina	α1, α2, β1, β2	Mantenimiento del dormir, modulación del talante
Opioides	γ, κ, épsilon y μ	Analgesia, euforia, sedación, depresión respiratoria, hipotermia
Serotonina	5-HT	Inicio del dormir, modulación afectiva, modulación algésica, modulación de la agresión, control de la ansiedad y mantenimiento del estado vigil

FUENTE: Modificado de Giannini, 2000

Así, de los ocho grupos de psicotrópicos (*anticolinérgicos, cannabinoides, disociativos, narcóticos, psicotomiméticos* o *alucinógenos, sedantes-hipnóticos-ansiolíticos, estimulantes* y *disolventes volátiles*), sólo seis son importantes para el profesional de la salud implicado en el tratamiento de los TRS, excluyendo a los *cannabinoides y disolventes volátiles;* las razones se exponen a continuación.

Cannabinoides. Incluyen la mariguana y sus productos, como el aceite de mariguana y el aceite de hachís, que generalmente no producen una sintomatología grave o florida que requiera una intervención clínica de urgencia.

Disolventes volátiles. No obstante que éstos (pegamentos, gasolinas, formaldehído, estireno, pinturas, adelgazantes, etc.) causan graves daños al cerebro, pulmones, corazón e hígado por su administración repetida o prolongada, sólo rara vez la intoxicación aguda y sus efectos requieren hospitalización o manejo intensivo.

CUADRO V.3. *Tipo de droga y su actividad neuroquímica*

Tipo de droga	*Neurotransmisor*	*Receptor*
ANTICOLINÉRGICAS	Antagonistas acetilcolina	Nicotínicos y muscarínicos
Benztropina, dimenhidrinato, difenhidramina, hidroxicina		
DISOCIATIVAS	Todos	Todos
Ketamina, fenciclidina (PCP), fenilciclohexilpirolidina (PHP)	Agonistas de β-endorfina	K
OPIOIDES		
Butorfanol, pentazocina		M
Heroína, hidromorfona, metadona, morfina		
PSICODÉLICAS		
LSD, mescalina, metilenedioximetanfetamina (MDMA), psilocibina	Agonistas de serotonina	5-HT-2
SEDANTES-HIPNÓTICOS-ANSIOLÍTICOS		
Barbitúricos, glutetimida, metacualona, zolpidem	Agonistas de GABA	GABA-A
BDZ		
Alcohol etílico	GABA y agonistas opioides	GABA-A y μ
ESTIMULANTES		
Anfetamina, cocaína, metanfetamina, metilfenidato	Dopamina, norepinefrina y agonistas de serotonina	DA-2, 5-HAT-2, α y β
GABA-A = subreceptor de ácido γ-aminobuitírico; GABA-A-α = a-subsitio de GABA-A; 5-HT-2 = subreceptor 2 de 5-hidroxitriptamina-1; DA-2 = subreceptor 2 de receptor de dopamina		

FUENTE: Modificado de Giannini, 2000.

ANTICOLINÉRGICOS

Grupo diverso de compuestos, caracterizado por su antagonismo con los receptores colinérgicos, merced a lo cual, incluso en pequeñas cantidades,

pueden producir efectos fatales, en especial a personas sensibles. Este grupo constituye, por tal concepto, la clase más peligrosa de psicotrópicos de abuso.

Los anticolinérgicos antagonizan, a la vez, con los receptores muscarínicos y nicotínicos. Los primeros se ubican en el sistema reticular activador ascendente, y su función es mantener el estado vigil; los situados en los ganglios basales se asocian con la coordinación motriz; los del sistema límbico con la expresión emocional y los de la proyección de los núcleos basales con la función mnésica y el mecanismo de la evocación de los recuerdos. Por su parte, los receptores nicotínicos ejercen su función excitatoria a través de los ganglios simpáticos y los músculos voluntarios.

La presentación clínica clásica de la intoxicación por anticolinérgicos se caracteriza por un fuerte grado de afectación: un individuo rubicundo y deshidratado que refiere disuria, disfagia, estreñimiento y diplopía. En su clímax, se presentan alucinaciones e incluso distorsiones de la imagen corporal; sus niveles tóxicos ponen en peligro la vida produciendo delirium, coma, vejiga atónica y arritmia cardiaca (cuadro V.3).

La intoxicación anticolinérgica se trata con fisostigmina a dosis i. m. o i. v. de 1-2 mg a intervalos de 20 minutos, agente que cruza la barrera hematoencefálica y revierte ambos efectos, centrales y periféricos, del anticolinérgico, debido a que puede inhibir la interrupción inducida por la acetilcolinesterasa de la acetilcolina. Algunas autoridades se han manifestado en contra de su uso, porque cuando éste es frecuente produce secreciones bronquiales e incluso, en ocasiones raras, asistolia. Sin embargo, cuando se usa correctamente este antídoto representa un valioso tratamiento de urgencia (Smilkstein, 1991).

DISOCIATIVOS

Estos psicotrópicos actúan sobre los seis sistemas de neurotransmisión produciendo efectos clínicos más o menos característicos, que incluyen miosis, piel eritematosa y seca. La liberación de dopamina y norepinefrina provoca rigidez muscular, agitación, pensamiento de tendencia delirante y/o francos delirios, fiebre y agitación. La refractariedad al dolor se deriva de su acción sobre los sistemas opioides.

Los cambios perceptivos en la imagen corporal y las alucinaciones son producidos por la acción sobre los receptores serotoninérgicos postsinápticos y la actividad excitatoria es realzada por la inhibición de los receptores GABAérgicos. Debido a que estos psicotrópicos afectan muchos neurotransmisores a la vez, es necesario hacer una discriminación apropiada a efecto de elegir un protocolo de tratamiento del síndrome de intoxicación.

La mayor parte de la sintomatología derivada de la acción de psicotrópicos disociativos se desencadena por el estímulo presináptico dopaminérgico y el

antagonismo colinérgico. De hecho, muchos de tales síntomas se revierten por la conocida acción antipsicótica del haloperidol, antagonista dopaminérgico presináptico (Giannini, Loiselle y Dimarzio, 1987), que también modifica la relación de la actividad dopamina-acetilcolina en el sistema límbico.

Dicha acción reduce la potencia anticolinérgica de los psicotrópicos disociativos a dosis i. m. iniciales de 5 mg cada 20-30 minutos hasta la estabilización del paciente. Además, la administración i. m. de 1 g de ácido ascórbico refuerza la acción antipsicótica, al aumentar el índice de eliminación del psicotrópico disociativo de que se trate, por el mecanismo de acidificación de la orina (Giannini, Loiselle y Dimarzio, 1987).

Una segunda opción terapéutica es la risperidona, agente bloqueador de los efectos dopaminérgicos y serotoninérgicos de los psicotrópicos disociativos, mas no de sus efectos anticolinérgicos. El haloperidol posee ventajas sobre la risperidona, ya que puede ser administrado i. m.; trabaja en un plazo breve, de 20 minutos aproximadamente, y se tiene en la mayoría de los servicios de urgencia. En cambio, la risperidona se administra v. o. y las tomas tardan de una a dos horas en hacer efecto. Este antipsicótico, no obstante, es más útil para la reducción de la conducta paranoide y puede también ser útil cuando el haloperidol no logra el efecto esperado.

La utilización a largo plazo de psicotrópicos disociativos suprime la producción de norepinefrina y dopamina; por lo tanto, es probable que el abusador/adicto experimente síntomas y/o cuadros depresivos durante la abstinencia e incluso en la etapa posterior a ella. En consecuencia, la depresión deberá considerarse y dársele manejo con antidepresivos que controlen la supresión. Al respecto, cabe señalar que ocurre a menudo que la depresión como entidad clínica, en la mitad de las ocasiones en que se presenta, no suele ser diagnosticada, y la mitad restante no recibe el tratamiento adecuado ni por el tiempo necesario (Riolo, Nguyen, Greden y King, 2005).

OPIÁCEOS

La euforia inducida por los narcóticos es mediada a través de los sistemas endógenos opioides del cerebro. La β-endorfina estimula los receptores μ generando una sensación de analgesia general y bienestar; la estimulación de los agonistas narcóticos del receptor μ conduce al uso repetido de la sustancia, su tolerancia y, por lo tanto, su dependencia.

Los narcóticos inhiben también el índice de activación y liberación de norepinefrina en el locus coeruleus, que tras su uso repetido tornan deficiente el sistema β-endorfínico. Y si el narcótico se suprime súbitamente se pierde la euforia inducida inicialmente por la sustancia, abstinencia que da lugar a la hiperactividad reactiva del locus y al incremento de la estimulación

noradrenérgica, la cual actúa como potente reforzador negativo de la abstinencia, dificultando su adecuado manejo (CIJ, 2005b).

Existen dos tipos de abordaje. El más antiguo, destinado al remplazo de la sustancia adictiva a través de la administración de un fármaco análogo y legal del narcótico, es con metadona (en su caso, buprenorfina), que sustituye el uso de la droga mediante una dosis aplicada bajo esquema de dosificación reducida y de manera paulatina, buscando consolidar la deshabituación de la sustancia, cuando las condiciones del paciente y el entorno terapéutico, entre otros, lo permiten (CIJ, 2005b; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b).

La metadona es el fármaco de elección y el más conocido y de mayor experiencia en el mundo, destinado a la estabilización del adicto a opiáceos. Se recomienda, en primera instancia, mantener al paciente abstinente en observación constante (Maremmani, Zolesi, Aglietti, Marini, Tagliamonte y Shinderman, 2000). Si se desconoce la dosis del narcótico (heroína u otros) a sustituir, se parte de la premisa de que cada 1 mg de metadona alcanza para sustituir de 2 a 4 mg de heroína callejera o, en su defecto, 4 mg de morfina o 20 mg de meperidina.

Cuando se ignora el índice de severidad del abuso/dependencia, la metadona se prescribe a dosis v. o. iniciales de 10-15 mg/día hasta lograr control del cuadro. Más adelante la dosificación que logró la estabilización se decrementa en 20% la dosis/día.

El segundo abordaje omite la fisiología del receptor afectado y trata la sintomatología abstinente derivada de la descarga norepinefrínica. Ello se logra con la clonidina, agente agonista α2 de acción central, que estimula selectivamente los receptores cerebrales que monitorean los niveles catecolaminérgicos sanguíneos y disminuye los niveles de epinefrina/norepinefrina y, por lo tanto, de la frecuencia cardiaca y la presión sanguínea. Aunque este fármaco no es capaz de prevenir la depresión posabstinente, tiene la ventaja de no ser adictivo (Gold, Pottash y Sweeney, 1980).

Se prescribe a dosis v. o. iniciales de 17 mcg/kg/día en 3-4 tomas, para el control de la sintomatología simpática de los primeros días de abstinencia (diaforesis, calosfríos, ansiedad y agitación); sus efectos colaterales son boca seca y fatiga o sedación. Esta dosificación habrá de mantenerse durante varios días para su disminución gradual en forma posterior, de acuerdo con el control y la evolución del caso, tal cual es el objetivo terapéutico de un programa de deshabituación (O'Connor, Waugh, Carroll, Rounsaville, Diagkogiannis y Schottenfeld, 1995).

Tras el manejo del síndrome de intoxicación o abstinencia el paciente debe ser referido a tratamiento adecuado para la dependencia narcótica a largo plazo y, una vez estable, se verá beneficiado de participar en los grupos de ayuda mutua u otras instancias complementarias. A pesar de que el paciente considere poder

mantener por sí mismo y/o con la ayuda del grupo una forma de vida libre de drogas, es conveniente en la mayor parte de los casos la prescripción sustitutiva necesaria, en apoyo de la rehabilitación del caso o en el manejo de la siempre presente comorbilidad (Souza, 2005g).

Al efecto se recomienda la administración de naltrexona, antagonista del receptor opioide, como una forma terapéutica de mantenimiento adicionada a los demás recursos psicoterapéuticos, familiares y sociales. Esta sustancia produce bloqueo casi total de los receptores opioides; consecuentemente, es casi imposible obtener los efectos tóxicos de los narcóticos autoprescritos mientras la medicina de remplazo esté funcionando (Souza, 2007a).

La recuperación del abusador/adicto a narcóticos requiere a menudo de dosis v. o. de 25-50 mg de naltrexona matutina, dosis que bloquea los efectos de toda sustancia opioide o semejante durante 24 horas o más, y cuyo único efecto secundario importante es la depresión ocasional (Monterroso, Flannery y Pettinati, 2001).

Debido a que por diversas razones no todos los médicos prescriben terapia de mantenimiento con naltrexona para estos pacientes, se dispone de distintos argumentos éticos a considerar, derivados de la estimación de que dicha sustitución no permite lograr el abandono definitivo del narcótico (Fernández Miranda, 1997).

Sin embargo, la terapia de mantenimiento con metadona, no obstante que requiere la supervisión profesional y sociofamiliar, y que está más allá del alcance de la mayoría de las unidades clínicas institucionales, con la colaboración del paciente y sus familiares permite consolidar en una razonable proporción de casos buenos resultados, acordes a la circunstancialidad de esta patología (Souza, 2004e).

La intoxicación opiácea generalmente no hace acudir al paciente a recibir la intervención médica apropiada, pero en caso de así requerirse puede administrarse naloxona, un opioide mixto agonista-antagonista para reducir químicamente la intoxicación. En la mayoría de los casos basta con la aplicación i. v. de 0.4-0.8 mg cada 3-5 minutos hasta una dosis máxima de 10 mg (Meredith, Jacobsen, Haines y Berger, 1993).

PSICODÉLICOS O ALUCINÓGENOS

Estos psicotrópicos producen cuadros del tipo de una ensoñación, agradables, o bien parecidos a pesadillas. El estado tóxico se caracteriza por la presencia de ilusiones, alucinaciones visuales y distorsiones corporales. La sintomatología física incluye midriasis, taquicardia y diaforesis derivada de la estimulación serotoninérgica del núcleo pontino del rafe, que provoca desinhibición en el

lóbulo occipital y el sistema límbico; dado que no se produce afectación dopaminérgica, el sentido de la realidad permanece intacto.

La mayoría de los episodios tóxicos remiten en las primeras 12 horas sin ameritar tratamiento médico; basta ofrecer cuidado general al paciente en ambiente reservado y con baja estimulación visual. La clave radica en reducir los estímulos internos/externos que amplifican la condición oniroide producida por la descarga serotoninérgica.

El esquema de medidas farmacológico-ambientales es eficaz (Giannini, Quinone y Sullivan, 1988) y puede reforzarse por el efecto inhibitorio indirecto sobre la acción serotoninérgica de una BDZ. Cuando el paciente está agitado o violento, la aplicación i. m. de 1-2 mg de alprazolam proporciona control adecuado. Los psicotomiméticos no se han asociado con un cuadro genuino de abstinencia. Sin embargo, la descontinuación de los psicodélicos consumidos por largo tiempo puede producir estados disfóricos importantes derivados de la actividad serotoninérgica cerebral reducida. Esta disforia puede manejarse satisfactoriamente con inhibidores de la recaptura de serotonina, como fluoxetina a dosis v. o. de 20-40 mg/día por espacio de 3-6 meses (Giannini, Quinone y Sullivan, 1988), según evolución.

SEDANTES-HIPNÓTICOS-ANSIOLÍTICOS

Todos ellos actúan en forma directa o indirecta sobre los receptores GABAérgicos. Se clasifican en tres subgrupos: barbitúricos, ansiolíticos-tranquilizantes menores o benzodiacepinas (BDZ) y alcohol. Los barbitúricos (fenobarbital y glutetimida) refuerzan la actividad del receptor α-GABA (Levitan, Schofield, Rhee y Wisden, 1988). Los tranquilizantes menores (alprazolam, diacepam) y las BDZ halogenadas (temacepam, fluracepam y zolpidem) aumentan la afinidad del subsitio α del receptor de GABA (Inoue, Kobayashi y Suhara, 1992), de igual forma que el etanol, pero este último puede, además, actuar directamente sobre los canales GABAérgicos bloqueados (Busto y Sellers, 1991).

La intoxicación por SHA generalmente no atenta contra la vida a menos que la persona haya tomado más de una droga de esta clase o haya agregado un narcótico. Durante la abstinencia de SHA la función reguladora del GABA disminuye, causando elevación del nivel de los neurotransmisores (estimulantes) previamente suprimidos (serotonina, norepinefrina y dopamina). Se recomienda que durante este proceso abstinente el paciente sea supervisado cuidadosamente, porque los cuadros por sustancias alcoholo-barbitúricas pueden ser peligrosos para la vida (Kosten y Connor, 2003).

La desintoxicación de SHA puede requerir de fenobarbital por su efecto de larga duración y seguridad de manejo, sin rebote al ser suspendido. La duración

del esquema de desintoxicación la determina el tipo de psicotrópico del que se haya abusado. En el caso de un SHA de corta acción (alprazolam o zolpidem) se puede manejar entre siete y 10 días, mientras que un psicotrópico de duración intermedia (diazepam, fenobarbital o glutetimida) requiere 10-14 días. Durante la abstinencia de SHA se supervisan presión sanguínea, temperatura corporal y frecuencia cardiaca, tomando las precauciones necesarias para evitar el brote convulsivo (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

Debido a problemas potenciales en estas áreas, la desintoxicación se conduce siempre en ambiente hospitalario. La meta de la desintoxicación es reducir el efecto excitante del neurotransmisor (estimulante), logrado por el efecto agonista de los receptores GABAérgicos.

A los pacientes no intoxicados se les administra fenobarbital en dosis v. o. de prueba de 60 mg. Si no aparece efecto, se aplica un esquema de retiro con horario, a dosis v. o. inicial de 75-100 mg/día de fenobarbital cada seis horas. Si el paciente está alerta pero con nistagmo, la dosis se reduce a 50-75 mg cada seis horas. Si el paciente se muestra somnoliento o presenta ataxia o lenguaje farfullante, se trata inicialmente con 30-50 mg/día de fenobarbital cada seis horas.

La dosificación del fenobarbital se reduce durante 7, 10 o 14 días, dependiendo de si el sedante utilizado es una droga de breve, intermedia o larga acción. Los síntomas de abstinencia de BDZ son menos severos que los producidos por otros SHA. Ello es debido posiblemente a la acción indirecta —más que directa— sobre los receptores de GABA a través de su subsitio.

Cualquier BDZ se puede administrar durante la abstinencia de éstas, teniendo al paciente bajo vigilancia para iniciar el manejo si desarrolla temblores, hipertermia, agitación o *delirium*. Se prescribe cada seis horas la BDZ equivalente a aquella de la que se ha venido abusando. Generalmente se utiliza una de larga acción y la dosificación inicial se titula hacia abajo, según sea la elevación de presión sanguínea, pulso, temperatura y presencia de síntomas psicóticos.

El manejo de la abstinencia se puede lograr con éxito en un plazo de tres a siete días de manejo constante y supervisado. El profesional de la salud debe advertir que las BDZ de larga acción pueden producir una manifestación retrasada de la sintomatología abstinente. Por ejemplo, con el diazepam los síntomas abstinentes pueden no aparecer sino hasta de siete a 10 días después de su suspensión (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

Por otro lado, cabe señalar que la intoxicación simple o leve por BDZ no requiere ninguna intervención farmacológica y su manejo es sintomático a través de medidas y cuidados generales. El alcohol también afecta los receptores de GABA; a dosis bajas altera la función del receptor α-GABA; a dosis más altas puede influir directamente en la apertura del canal de cloro, a un lado del efecto sobre el GABA. Debido a esta acción, el alcohol produce efectos similares a los sedantes, pero a través de un mecanismo independiente.

La intoxicación alcohólica requiere raramente el tratamiento, aunque tiende a precipitar crisis comiciales al hacer descender el umbral convulsivo. Debido a que la sintomatología de la abstinencia etílica se relaciona con el descenso del nivel de alcohol en sangre (NAS), las crisis (alcoholo-epilepsia) pueden ocurrir, paradójicamente, durante el curso de la intoxicación. Esta manifestación convulsiva responde a los cambios en la fisiología de la membrana celular, los canales y los sistemas de transporte causados por la hipoglicemia, hipomagnesemia e hipernatremia (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006). El manejo de la abstinencia etílica se realiza de modo semejante al de BDZ.

Un inicio adecuado es la prescripción de 1 mg de lorazepam v. o. cada 6-8 horas, de 5-10 mg de diazepam v. o. cada 6-8 horas o bien 6 mg de bromacepam v. o. cada 6-8 horas, todos ellos bajo esquema de dosis-respuesta, de acuerdo con el tipo e intensidad de los síntomas. La dosificación se reduce gradualmente tras 4-6 días de eliminado el fármaco. Alternativamente, el paciente puede ser tratado bajo el criterio "por razón necesaria" (PRN), enfoque que supervisa al paciente, y la BDZ (lorazepam, diazepam, bromacepam) se administra sólo cuando el mismo presenta síntomas que lo ameriten (temblor de reposo grueso, alucinaciones visuales o temperatura mayor a 38.3 °C (Volpicelli, Watson, King, Sherman y O'Brien, 1995).

Como el alcohol tiene cierta reactividad cruzada con los receptores opioides, puede explotarse esa característica a favor de reducir el reforzamiento del deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda (D-NIC) durante y aun después de iniciada la abstinencia. Asimismo, la naltrexona se administra PRN por tiempos breves de manejo a dosis v. o. de 25-50 mg/día (Volpicelli, Watson, King, Sherman y O'Brien, 1995).

ESTIMULANTES

Estos psicotrópicos promueven la estimulación de dopamina y norepinefrina en las neuronas presinápticas de la hendidura, bloqueando además su recaptura. Ello ocasiona que los niveles crecientes de catecolaminas estén disponibles para el estímulo del receptor en la zona de sinapsis. Se ha hipotetizado que el agotamiento catecolaminérgico progresivo a causa de su exposición al metabolismo sináptico impide la biodisponibilidad para su reutilización por las neuronas presinápticas (Gardner y David, 1999).

En consecuencia, con cada ciclo de estímulos liberadores de catecolamina, que inducen a su vez la inhibición de su recaptura, la fuente de la catecolamina se agota lentamente. Se ha documentado que la serotonina produce también un importante efecto sobre el talante.

La bromocriptina, agonista del receptor dopaminérgico, normaliza los efectos del agotamiento de dopamina. Por ello este fármaco es de uso frecuente durante la abstinencia de estimulantes (Williams, 1998) al producir una importante reducción del D-NIC y su conducta de búsqueda de sustancia durante la abstinencia de estimulantes. En el manejo del síndrome de intoxicación por estimulantes es útil la bromocriptina; se prescribe a dosis v. o. iniciales de 0.625-2.5 mg/día cada ocho horas y posteriormente la dosis se reduce a 0.625 mg/día durante 3-10 días (Schuckit, 1994).

Otro abordaje recomendado es la utilización de un antidepresivo tricíclico inhibidor de la recaptura de norepinefrina con efecto anticolinérgico (maproptilina), a dosis v. o. de hasta 75 mg/día en tres tomas durante cinco a siete días. También puede usarse un inhibidor selectivo de la recaptura de norepinefrina —con efectividad similar a la de los tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina— (reboxetina) a dosis v. o. de hasta 10 mg/día en dos tomas por siete a 10 días. O bien los antidepresivos de acción dual, inhibidores de recaptura de serotonina-norepinefrina (venlafaxina, duloxetina) (Smith, Dempster, Glanville, Freemantle, Anderson, 2002).

La eficacia de la duloxetina a dosis v. o. de 40 mg/día en dos tomas o 60 mg/día en una o dos tomas muestra efecto similar al inhibidor selectivo de recaptura de serotonina, ISRS, con propiedades ansiolíticas (paroxetina), que se prescribe a dosis v. o. de 20-50 mg/día en dos tomas (Pae y Patkar, 2007). También es útil el antidepresivo mixto que inhibe la recaptura de norepinefrina/dopamina (bupropión), pues no tiene acción directa sobre el sistema serotoninérgico pero sí eficacia similar a los antidepresivos tricíclicos y los ISRS.

Esta molécula está asociada con menos náuseas, diarrea, somnolencia y disfunción sexual que los ISRS y constituye una alternativa efectiva o una terapia para combinar, en pacientes que no tienen respuesta a los ISRS; se prescribe a dosis v. o. de 150 mg/día en dos tomas (Debattista, Solvason, Poirier, Kendrick y Schatzberg, 2003).

Por último, se puede usar también un antidepresivo que estimula la liberación de norepinefrina por el bloqueo de los receptores 2-adrenérgicos así como de los receptores de serotonina 5-HT2A y 5-HT3 y los de la histamina H1 (mirtazapina), cuya eficacia es similar a la de los tricíclicos y los ISRS, y tiene menos efectos indeseables sobre la sexualidad y en el sueño (Montejo, Llorca, Izquierdo y Rico, 2001).

La intoxicación por estimulantes se presenta generalmente acompañada de hiperalerta y euforia. La liberación creciente de catecolaminas parece ser la responsable de estos cambios. Algunos abusadores/adictos, especialmente los crónicos, hacen cuadros paranoicos o agresivo-defensivos.

Ambos síntomas tienden a remitir por sí mismos y sin intervención tras algunos episodios. Pero si la paranoia y la agresividad-defensividad se tornan

problema o se asocian con comportamiento agudo y amenazante, el refuerzo terapéutico con BDZ puede ser de mucha ayuda, dado que reduce indirectamente la actividad catecolaminérgica al aumentar la actividad del GABA (cuadro V.4).

La administración de una dosis única o repetida PRN de 2 mg de lorazepam es generalmente suficiente; en su defecto, una dosis i. m. de 5-10 mg de diazepam con una a tres aplicaciones al día PRN coadyuva al manejo del cuadro (Souza, 2000e).

Con la observación cuidadosa de la sintomatología de los TRS y en especial la de síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia, se deduce la participación de los neurotransmisores involucrados (CIJ, 2005b).

Dicho conocimiento dicta la intervención farmacológica apropiada para cada caso y por ello es importante que lo conozca el personal de salud. Mientras que la farmacoterapia de la sintomatología aguda reclama sólo un papel pasivo de parte del abusador/adicto, el manejo integral y a largo plazo de cada paciente requiere indefectiblemente un manejo rehabilitatorio continuado (cinco años), una vez que se ha controlado el cuadro agudo (Souza, 2000e).

La adicción no es un proceso pasivo; abusar/depender de los psicotrópicos u otros fármacos implica una decisión activa de cierta intensidad y permanencia, especialmente si son ilegales u obtenidos sin prescripción ni criterio o indicación médicos, ya que en la mayoría de las ocasiones va seguida de episodios reiterados de consumo. Una vez controlado el cuadro clínico y lograda la estabilidad clínica del caso (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006), la rehabilitación depende de la implicación activa, comprometida y voluntaria del paciente (Souza, 2007a).

CUADRO V.4. *Pautas de manejo de los síndromes de intoxicación/abstinencia y neurotransmisores involucrados*

Neurotransmisor	*Tratamiento*
INTOXICACIÓN	
Acetilcolina (anticolinérgico)	Fisostigmina
β-endorfina	Naloxona
Dopamina	BDZ, haloperidol
GABA	Apoyo mecánico (respiración asistida)
Norepinefrina	Beta bloqueador, BDZ
Serotonina	BDZ
ABSTINENCIA	
β-endorfina	Metadona, clonidina
Dopamina	Bromocriptina, amineptino, bupropión, banzinaprina
GABA	Remplazo barbitúrico o BDZ
Norepinefrina	Maproptilina, reboxetina, bromocriptina, venlafaxina, duloxetina, bupropión, mirtazapina
Serotonina	Fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, venlafaxina, duloxetina, banzinaprina

FUENTE: Modificado de Giannini, 2000.

No obstante que la intervención farmacológica es ciertamente eficaz, representa sólo la primera fase del proceso de tratamiento antiadictivo (Souza, 2000e). Por lo tanto, el profesional de la salud debe favorecer en cada paciente la instauración del concepto de que la adicción es una enfermedad, cuya dificultad requiere manejo a largo plazo, muy factiblemente para toda la vida (Souza, 2007a).

El tratamiento inicial debe complementarse con actividades terapéuticas estructuradas dirigidas a la rehabilitación tanto en el paciente residencial o interno como en aquel ambulatorio, sin menoscabo de la participación adecuada y regular del paciente en grupos de ayuda mutua (Souza, 2005g).

El paciente ha de ser encaminado y supervisado para que en su beneficio individual-familiar asuma y realice de manera constante la responsabilidad de su

enfermedad con apego y respeto a todas las medidas que implica su tratamiento (Souza, 2003a).

La dependencia es una enfermedad que debe tratarse como tal; el conocimiento imprescindible de la neurofisiología cerebral es la base del manejo psicofarmacológico de esta entidad; por lo tanto es muy deseable su diseminación apropiada entre los profesionales de la salud en su calidad de eje del abordaje rehabilitatorio de las adicciones y su comorbilidad.

RESUMEN

Se revisan los efectos sintomáticos del abuso/adicción a psicotrópicos derivados de las alteraciones del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales (acetilcolina, dopamina, ácido γ-aminobutírico, norepinefrina, opioides, serotonina) y sus respectivos receptores. Paralelamente se describe la sintomatología relacionada con cada uno de los tipos específicos de droga, de la cual pueden reconocerse clínicamente los cambios producidos por cada neurotransmisor/receptor.

Lamentablemente, la sintomatología a menudo no es reconocida por el profesional de la salud, problema que se agrava con la inconsistencia clínica propia de los signos y síntomas que presentan los síndromes de intoxicación y abstinencia, los cuales son debidos, en parte, a la variable dosificación (autoprescripción) que realizan los usuarios, así como la adulteración de las sustancias que consumen, las interacciones derivadas del uso múltiple de drogas, los estados mixtos de intoxicación/abstinencia y las reacciones idiosincrásicas.

El manejo del paciente intoxicado lo determinan la gravedad del cuadro y los riesgos de salud que corre, de forma similar a la condición del paciente abstinente.

El tratamiento ambulatorio se prefiere en los casos que exhiben de leve a moderada sintomatología; que no coexisten con condiciones importantes de afectación a la salud y su evolución inmediata y posterior, y pueden supervisarse clínicamente. Se recomienda el uso de un algoritmo psiquiátrico de utilidad práctica, que ayuda al profesional de la salud a afinar el diagnóstico y ofrecer un tratamiento adecuado a los trastornos por consumo de sustancias, como prioridad clínica en los ámbitos de atención primaria y en toda aquella unidad con manejo profesional (estructurado) para estos pacientes. Por otro lado, el avance imagenológico apoya el desarrollo de las neurociencias y documenta el nuevo paradigma de la patología adictiva que recomienda la OMS.

El manejo del *deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda del psicotrópico* (D-NIC), descrito desde mecanismos moleculares, plantea las razones de la persistencia conductual del riesgo de recaída de consumo y la importancia de las señales asociadas con éste. Tal avance, y la

eliminación de la brecha histotecnológica —que proclama una nueva anatomía cerebral básica—, aportan una visión conceptual-operacional, que remplaza el abordaje tradicional del abusador/adicto con un mejor manejo del consumo de psicotrópicos.

La evidencia en los niveles molecular, celular, de los sistemas de la economía corporal y su peculiar conducta convergen en el D-NIC como una especie de usurpación patógena de mecanismos neurales vinculados al aprendizaje y la memoria (que bajo circunstancias normales contribuyen al comportamiento de supervivencia relacionado con la búsqueda de recompensa y señales predictoras).

Aporta, además, un modelo explicativo para la resiliencia y la vulnerabilidad derivados de los patrones de respuesta cerebral, así como otros mecanismos nerviosos que median las respuestas de recompensa, miedo, condicionamiento o extinción de la conducta y comportamiento social adaptativo, como rasgos importantes del carácter, posiblemente asociados con la resistencia/vulnerabilidad frente a ciertos objetos-estímulo. Es deseable que tales avances, disponibles para los terapeutas de todas las comunidades que los necesitan, sean una práctica que atestigüe la incomparable utilidad de la imagenología y la tecnología aplicada a las neurociencias.

* Tratamiento psicofarmacológico del abuso y dependencia, curso El diagnóstico como diseño del tratamiento y la importancia del registro clínico, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, D. F., abril de 2006; Souza, 2006a.

VI. NEUROCIENCIA Y TERAPÉUTICA

En cualquier paciente sospechoso de caso de adicción, que va a ser evaluado clínicamente por un posible trastorno por consumo de sustancias, ya sea esporádico o regular, es importante considerar los distintos psicotrópicos disponibles, cuyas modalidades de consumo —independientemente de su alta potencialidad comórbida— (Souza, 2007a), a menudo múltiples, complican los cuadros que favorecen patrones de abuso o dependencia (Kandel, Johnson y Bird, 1999). Al efecto, las consideraciones clínicas respecto de la evaluación (interrogatorio, exploración, pruebas de tamizaje, laboratorio y gabinete y otras) en los trastornos por consumo de sustancias (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998) deben asumir un cierto orden progresivo ascendente en términos de su complejidad y realizarse en la forma más completa posible (DiClemente, Wingwood y Crosby, 2001). Aquéllas se indican en primera instancia para favorecer el estudio de los casos y, en consecuencia, su rehabilitación, tratamiento de la comorbilidad adictiva y psiquiátrica (Souza, 1998a), hasta consolidar el abordaje de su prevención a largo plazo (Dias, 2002). De acuerdo con los comunicados difundidos por las instituciones oficiales dedicadas al tratamiento de las adicciones en los Estados Unidos, las sustancias de abuso más frecuentemente usadas entre su población juvenil atendida —sin considerar su listado en orden de importancia— son: alcohol, nicotina (tabaco), cafeína y otras xantinas, mariguana, disolventes volátiles, cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, benzodiacepinas (en especial Rohypnol®), alucinógenos, heroína, opiáceos naturales y sintéticos, y otras muchas sustancias de uso médico (hormona de crecimiento, diversos esteroides, eritropoyetina, gamma-hidroxi-butirato, GHB, seudoefedrina, distintos tipos de broncodilatadores inhalables, b-bloqueadores y algunos diuréticos) (Crowley, MacDonald, Whitmore y Mikulich, 1998; Farrar y Kearns, 1989; Resnick, Bearman y Blue, 1997; Shippenberg y Elmer, 1998).

Cabe señalar que, de entre muchos otros fármacos riesgosos, destacan las combinaciones de psicotrópicos como el metilfenidato con heroína, alcohol con cocaína, etc. ("Effective Medical Treatment of Opiate Addiction", 1998; Harrison, Fulkerson y Beebe, 1997; Warner, Kosten y O'Connor, 1997; Yamaguchi y Kandel, 1984; Kaul y Coupey, 2003). En tal sentido, precisa indicarse que los

patrones de abuso son muy distintos entre la población consumidora y asimismo lo son, lógicamente, sus consecuencias, asunto por el cual no se recomienda prejuiciar en sentido negativo el consumo de drogas ilícitas o asignarle mayor gravedad que aquella que se deriva del consumo de otras sustancias, ya legales —médicas— o ilegales, para preservar el marco de una visión profesional (AAP, 1988; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Richardson, Dwyer, McGuigan *et al.,* 1989; Fishman, Bruner y Adger, 1997). Entre los jóvenes estadunidenses, por ejemplo, el promedio de consumo de sustancias referido al ser atendidos en unidades de manejo de casos es de 3.4; se reporta, además, el uso de todas las vías de administración conocidas, y en ocasiones en forma simultánea (Johnson y Hart, 2000). Así, de acuerdo con el interés clínico de los profesionales, los cuestionarios de tamizaje y las pruebas de laboratorio han probado tener alta eficacia en el diagnóstico de selección del *caso problema* (Johnson y Hart, 2000; Bernardt, Mumford, Taylor *et al.,* 1982; Schwartz, 1993; Kann, Kinchen, Williams *et al.,* 2000; Schwartz y Alderman, 1997; Pouwels, Brockmann y Kruse, 1999).

Sin embargo, de manera por demás incorrecta, las pruebas de laboratorio para la evaluación del consumo de sustancias se realizan generalmente en ambientes médicos que no siempre consideran las limitaciones éticas al efecto (consentimiento informado, confidencialidad, etc.), las de tipo técnico para su aplicación (condiciones de los reactivos, manejo de la orina para garantizar los resultados satisfactorios de las pruebas) y algunos otros problemas asociados (falsas positivas) (Schwartz, 1993; Kann, Kinchen, Williams *et al.,* 2000; Schwartz y Alderman, 1997).

De modo complementario, aunque preponderante, la importancia de las pruebas aportadas por la llamada imagenología (resonancia magnética, ecoencefalografía o espectroscopía) se ha desarrollado y esparcido ampliamente en los últimos años (Pouwels, Brockmann y Kruse, 1999; Ernst, Chang, Leonido-Yee y Speck, 2000; Itti, Chang, Mangin, Harcourt y Ernst, 1997; Chang, Grob y Ernst, 2000; Chang, Mehringer y Ernst, 1997; Brand, Richter-Landsberg y Leibfrietz, 1993; Christensen, Kaufman y Levin, 1996; Holman, Carvalho y Mendelson, 1991). Su utilidad es máxima, ya que no sólo se usan para hacer el diagnóstico de lesión cerebral por drogas, como ha sido ampliamente documentado en los últimos lustros, sino para detectar la extensión del daño causado por algunas de ellas (Smith, Chang, Yonekura, Gilbride, Kuo, Poland, Walot y Ernst, 2001; Breuter y Rosen, 1999; Volkow, Fowler y Wang, 1999; Behnke, Davis, Eyler, Conlon, Wobie, Woods y Cumming, 1998; Dixon y Bejar, 1989; Fowler y Volkow, 1998; Vocci y London, 1997).

Así ocurre, por ejemplo, en el caso de la exposición a cocaína *in utero* en los casos de madres abusadoras/adictas a drogas ilegales como cocaína, y en otros casos de malformación (Kilts, 2001), donde se usa con éxito la prueba llamada ecoencefalografía o espectroscopía (London, Ernst, Grant, Bonson y Weinstein,

2000) como método útil, no invasivo, para el examen prenatal de los posibles efectos neurotóxicos sobre el cerebro de los productos intrauterinos (Dixon y Bejar, 1989; Fowler y Volkow, 1998; Vocci y London, 1997). Por otro lado, dada la amplia diseminación de las adicciones, se requieren más y mejores abordajes, es decir, la comprensión de los mecanismos neuroquímicos que subyacen a tales problemas, que tradicionalmente se han enfocado por vía y con herramientas de carácter psicosocial.

En la actualidad se está cada vez más cerca de relacionar los cambios cerebrales con las actitudes y conductas de las personas enfermas, debido en parte a las propiedades adictivas particulares de cada psicotrópico de abuso. Así, con el desarrollo de la imagenología contemporánea, y una variedad de drogas identificables para ser rastreadas por marcadores específicos, hoy día es posible, en muchos centros de atención especializada, comprender más profundamente los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos producidos directamente en el cerebro, y relacionar los parámetros actitudinales y conductuales con las propiedades toxicológicas de las sustancias de abuso o adicción.

La tomografía por emisión de positrones, TEP, es un eficaz método directo que aporta importante ayuda farmacológica de las drogas bajo estudio en su acción sobre el cerebro (Fowler y Volkow, 1998; Vocci y London, 1997). Otros instrumentos especializados que monitorean también la función cerebral son asimismo de gran utilidad en la evaluación clínica específica de los efectos de las sustancias (Fowler y Volkow, 1998; Vocci y London, 1997). En el pasado cercano, a finales de los años noventa, se dirigieron los esfuerzos de análisis y conocimiento farmacológico de las sustancias en el cerebro sobre las estructuras límbicas y zonas subcorticales.

En la actualidad, no obstante que han pasado realmente muy pocos años, los esfuerzos se dirigen prioritariamente a esclarecer el papel de las estructuras corticales frontales, debido a que éstas desempeñan un reconocido papel central en la conducta humana (London, Grant, Morgan y Zukin, 1996). Anatómicamente, está conectada con todas las modalidades de asociación sensorial, las estructuras límbicas y las regiones corticales prefrontales que median la conducta, y junto con los núcleos subcorticales en su conjunto forman "la región de las emociones", cuyo estímulo establece los valores individuales basados en una potencial recompensa (Sell, Morris, Bearn, Frackowiak, Friston y Dolan, 1999).

Tal desregulación indica la inhabilidad del individuo para evaluar el potencial de recompensa relacionado con la autoadministración de psicotrópicos (fenómeno ampliamente diseminado en nuestro país), uno de los más importantes elementos responsables de la dependencia. Con el advenimiento de la imagenología en los últimos años del siglo pasado, y con la aplicación de procedimientos clínicos y diagnósticos destinados a conocer la conducta y las adicciones, se ha evidenciado que esta porción cortical y sus conexiones

participan en la conducta maladaptativa, incluyendo las expectativas individuales y la conducta de búsqueda de la droga, llamada craving (deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda, D-NIC), así como la afectación del proceso de toma de decisiones (Sell, Morris, Bearn, Frackowiak, Friston y Dolan, 1999; Souza, 2000b). Se ha documentado ampliamente que la citada corteza orbitofrontal cerebral, COC, participa en las funciones de asociación, interacción de las emociones y la conducta, así como en una variedad de procesos sensoriales (Hof, Mofson y Morrison, 1995; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich, O'Brien, 1999). Tal disfunción ha sido implicada, incluso, en otros trastornos psiquiátricos que involucran respuestas emocionales y conductuales inapropiadas a sus respectivos estímulos, como por ejemplo en el trastorno obsesivo-compulsivo, TOC (Breiter y Rauch, 1996; Zald y Kim, 1996), el trastorno de estrés postraumático, TEP (Semple, Goyer, Cormick, Morris, Comptom, Muswick, Nelson, Donovan, Leisure, Berridge, Mirfaldi y Schulz, 1993), otros trastornos del afecto (Pardo, Pardo y Rechle, 1993; Basker, Frith y Dolan, 1997), el trastorno de personalidad antisocial (Meyers, Berman, Scheibel y Hayman, 1992) y la agresividad en sus muy variadas formas (Fornazzari, Farcnick, Smith, Heasman e Ichise, 1992; Siever, Buchsbaum, New, Speigel-Cohen, Wei, Hazlett, Sevin y Nunn, 1999).

De hecho, los síntomas de los mencionados trastornos pueden en cierto momento traslaparse, como ocurre con la conducta de búsqueda de drogas en los abusadores/adictos, que muestra reminiscencias de ansiedad y distintas actitudes y conductas que recuerdan los síntomas descollantes de un TOC. De ahí que se considere que el espectro de patologías ligadas al malfuncionamiento de la COC implica un papel central en la conducta humana, debido a que más específicamente contribuye a una variedad de estados y funciones neuropsiquiátricas involucrados con los procesos del sistema de recompensa y el proceso de toma de decisiones, que forman parte de los componentes esenciales de la conducta dirigida motivacionalmente (Kilts, 2001; London, Ernst, Grannt, Bonson y Weinstein, 2000).

Por otra parte, es conveniente señalar que los valores motivacionales pueden ser innatos, como los dirigidos a la conducta alimenticia o al sexo, o pueden ser aprendidos y repetidos por reforzamiento y sus consecuencias.

Al efecto, vale la pena decir que las adicciones, que pueden ser conceptuadas como una desregulación de la conducta dirigida motivacionalmente, son tenidas en la actualidad como ejemplo de este último caso, ya que la COC está ubicada en una posición que codifica los atributos motivacionales de la respuesta a los estímulos, caracterizada por una región heterogénea con conexiones hacia otras áreas prefrontales, límbicas, áreas sensoriales y motrices (Goldstein y Volkow, 2002; Volkow, Fowler y Wang, 2002; Tomkins y Sellers, 2001).

En complementariedad a lo señalado, la liga que mantiene el sistema dopaminérgico con las adicciones es capital para la recompensa que pueda

brindar el consumo consuetudinario de una droga (Volkow, Wang, Fowler, Logan, Gatley y Wong, 1999; Li, 2000; Guardia, Catafau, Battle, Martín, Segura, Gonzalvo *et al.,* 2000), toda vez que recibe estímulos de asociación de cada modalidad sensorial (olfatoria, gustativa, visual, auditiva y somato-sensorial) (London, Ernst, Grant, Bonson y Weinstein, 2000; Goldstein y Volkow, 2002). Además, la COC posee información necesaria para integrar las características de los estímulos-objeto de concesión con la amígdala.

Al mismo tiempo, dicha zona cortical puede evaluar las características de episodios anteriores a través de sus conexiones con otras regiones conocidas que subalimentan la memoria, como los núcleos dorsolateral y mediodorsales de la corteza prefrontal del tálamo, el hipocampo y la circunvolución hipocámpica (Tomkins y Sellers, 2001; Volkow, Wang, Fowler, Logan, Gatley y Wong, 1999; Li, 2000). Finalmente, la COC está conectada también al cuerpo estriado, el *globus pallidum* y el circuito orbitofrontal, por lo que realiza un importante papel mediador de variados estímulos reforzadores motivacionales. Partiendo de este sustrato y sus mecanismos puede visualizarse una pléyade de componentes participantes en la conducta aberrante, que han sido estudiados en forma separada. Uno de ellos es la *conducta expectante,* la cual representa las predicciones de recompensa centradas en las propiedades de los estímulos-objeto. Otro elemento es el impulso compulsivo, también llamado estado motivacional al consumo de psicotrópicos, que se liga al D-NIC (Souza, 2000b).

En consecuencia, el proceso de toma de decisiones basado en atributos motivacionales provenientes de los estímulos-objeto y el balance entre la conducta expectante de recompensa inmediata y a largo plazo es, a no dudar, un aspecto muy relevante de la conducta mostrada por los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos a lo largo de su proceso patógeno, lo cual es resultado de características histológicas y anatómicas ampliamente documentadas en la actualidad (Guardia, Catafau, Battle, Martín, Segura, Gonzalvo *et al.,* 2000). En síntesis, la COC y la circunvolución anterior del cíngulo, regiones anatómicamente conectadas con las estructuras límbicas, son las áreas más frecuentemente implicadas en las adicciones, ya que se activan durante la intoxicación de los abusadores/adictos y se desactivan durante el episodio abstinente del D-NIC con su conductas de búsqueda (Guardia, Catafau, Battle, Martín, Segura, Gonzalvo *et al.,* 2000). Dichas regiones están igualmente involucradas en las funciones cognitivas de alta jerarquía y en las conductas orientadas motivacionalmente (como las habilidades personales para dar seguimiento, actualización, modulación de emisión y mantenimiento de una función de reforzamiento y expectación), además de la habilidad para controlar o inhibir las respuestas adecuadas a los estímulos percibidos. Lo cual implica que la adicción connota, a la vez, regulación cognitiva cortical y procesos emocionales que resultan en afectación de la evaluación de los reforzadores, la subestimación

de los reforzadores alternativos y otros déficits sobre el control inhibitorio vinculados a la respuesta a las drogas (Goldstein y Volkow, 2002).

De ahí que lo interesante y relativamente novedoso de este concepto es que se expande aún más la visión tradicional respecto a que la adicción enfatiza las respuestas —reguladas por el sistema límbico— al placer y a la recompensa o gratificación. Otro importante asunto a destacar desde el punto de vista de las neurociencias es que, como puede apreciarse, las técnicas modernas de estudio del cerebro lo hacen directamente sobre él, sin invadirlo, de modo que la farmacología y la farmacocinética reciben con ello un importante apoyo, pues hasta hace pocos años, y por mucho tiempo, los resultados procedieron de mediciones de eficiencia y utilidad relativas, debido a su carácter indirecto (Goldstein y Volkow, 2002; Volkow, Fowler y Wang, 2002; Tomkins y Sellers, 2001; Volkow, Wang, Fowler, Logan, Gatley y Wong, 1999; Li, 2000).

La TEP ha contribuido, entre otras cosas, a postular hipótesis neuroquímicas del funcionamiento cerebral, como el que el neurotransmisor dopamina sea un elemento constitutivo de la adicción, debido a la disrupción de los circuitos corticales frontales que regulan la motivación, el autocontrol y los circuitos involucrados en el mecanismo de la memoria, asociados con los estímulos derivados de los efectos del abuso/adicción a psicotrópicos (Fowler y Volkow, 1998; Semple, Goyer, Cormick, Morris, Comptom, Muswick, Nelson, Donovan, Leisure, Berridge, Mirfaldi y Schulz, 1993). En consecuencia, la identificación de los mecanismos neurobioquímicos subyacentes a las adicciones desempeña un papel decisivo en el tratamiento moderno de estos trastornos a partir de psicofármacos cada vez más selectivos y específicos (Souza, 2006a).

En la actualidad los recursos disponibles tanto para el diagnóstico y el tratamiento integral de los abusadores/adictos como para el mantenimiento de la abstinencia en que se basa la rehabilitación a largo plazo son más ambiciosos, específicos y precisos que en los pasados decenios, particularmente en el caso del alcohol (Johnson y Ait-Daoud, 2000). Además, ocurre que con el etanol ambos sistemas, opioide y NMDA, son el blanco de acción para ciertos productos terapéuticos (naltrexona y acamprosato) (Poldrugo, 1997). Hay que destacar el descubrimiento de la utilidad del bupropión en el manejo de la dependencia a la nicotina, por cierto una feliz serendipia clínica, ocurrido después de haber sido probado en el tratamiento de la adicción a cocaína, en su modalidad de sustancia administrable a largo plazo, puede contravenir la sintomatología de algunas adicciones, como en la dependencia de la nicotina (nicotinismo) (M. Klein, 1998; Prado, Martínez, Martínez, Mercado, Tagle y Souza), donde es muy importante, en todos los casos, prevenir la recaída y conocer los factores biológicos que la disparan (Souza, 2007a).

Éstas son, de hecho, las mejores herramientas para una mejor rehabilitación adecuada. Por último, pero en lugar igualmente preponderante, cabe señalar que los recursos psicoterapéuticos devienen muy importantes en el manejo de los

pacientes y de sus familiares debido a su utilidad informativo-educativa (Souza, 2003f). De ello se desprende que resulte decisivo en la actualidad estar apropiadamente familiarizado con el uso de técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia), toda vez que al personal de salud ello le permite actuar con mayor eficacia y eficiencia para prevenir la progresión de la patología adictiva, sin importar cuál sea la sustancia de abuso/adicción; para conocer la motivación del consumo y los comportamientos que propicia, así como para maximizar la probabilidad de un tratamiento exitoso a mediano y largo plazo.

En su nivel más básico, la psicoterapia implica elementos de la práctica clínica necesarios para el éxito en el proceso de cambio y adaptación, en los que es esencial la promoción de un ambiente empático y una relación de apoyo adecuada, siempre personalizada con cada paciente, como lo recomiendan los textos de la OMS. Además, la psicoterapia participa de la evaluación sistemática de la problemática del paciente, de modo que éste se incluya en la producción y comunicación de sus malestares, que habrán de propiciar el diagnóstico —a lo largo de su historia natural del padecimiento—, y en consecuencia el tratamiento y su seguimiento posterior, para consolidar el mantenimiento de su abstinencia productiva.

Ello incluye la evaluación del impacto terapéutico y su pertinente modificación, cuando se hace necesario. Dada la naturaleza de los trastornos por consumo de sustancias, sus múltiples consecuencias médicas sobre diversas áreas de funcionamiento y el D-NIC producido por la abstinencia, estos tratamientos refuerzan el manejo integral de los casos —que incluyen a los familiares—, mejorando el pronóstico de la farmacoterapia. Ello se aprecia claramente, por ejemplo, en el actual manejo de la dependencia nicotínica, donde constituye un valioso recurso (Picciotto, 1998; Perkins, Sanders, Fonte, Wilson, White y Stiller, 1999). El consejo médico para dejar de fumar aumenta la probabilidad de dejar la dependencia y la abstinencia a largo plazo (Jorenby, 1998; Hughes, Goldstein, Hurt y Shiffman, 1999). Y cuando éste se combina con asesoría profesional, terapia de remplazo de nicotina (goma de mascar, nicotina transdérmica o preparados de ellas), aumenta al doble la tasa de abstinencia a largo plazo, en comparación con la sola asesoría (Siegel y Ramos, 2002).

Considérese que la suma de manejo psicológico y asesoría profesional conduce a la obtención de más altas tasas de abstinencia de las sustancias que sólo el remplazo de la nicotina aislada, lo que hace realidad la deseada meta terapéutica de la unificación de procedimientos antiadictivos, tan requerida en la especialidad desde hace muchos decenios. Para los pacientes que han desarrollado trastornos por consumo de sustancias la motivación surgida de la utilización de enfoques psicoterapéuticos se dirige tanto al fomento de su interés, procurando un mayor compromiso de su participación activa en la remisión de

su enfermedad, como a un mejor apego terapéutico a largo plazo (Carroll y Schottenfeld, 1997; Souza, 2007a).

En consecuencia, los apoyos psicosociales se proponen la meta de la remisión pronta del consumo y el mantenimiento sostenido de su abstinencia. El personal de salud debe colaborar en la educación de los pacientes y sus familiares acerca de la necesidad de tratamientos intensivos de la especialidad y, sobre todo, lo que implica *per se* el tratamiento. Asimismo, debe ser capaz de participar en todo tipo de debates respecto al tratamiento del abuso/dependencia de sustancias en el medio profesional y social, para difundir apropiadamente las recomendaciones pertinentes formuladas al efecto como refuerzo del manejo individualizado de los casos.

Ello redundará seguramente en una medicina de mayor calidad y calidez hacia las personas estigmatizas socialmente por la incomprensión de su padecimiento (Souza, 2004a; Souza, 2007a).

RESUMEN

Datos internacionales que ubican la gravedad epidemiológica del problema recomiendan realizar evaluaciones clínicas completas a los pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos, y el uso de instrumentos diagnósticos, cuya eficiencia los hace elementos útiles en ciertas patologías cerebrales. Se describe la neuroanatomía-fisiología de las zonas involucradas en la producción de la patología adictiva como centro del manejo y rehabilitación a largo plazo. Se indica el papel en la conducta humana de las estructuras corticales frontales, cuya alteración inhabilita al individuo para evaluar el potencial de recompensa relacionado con la automedicación. Se enfatiza la participación imagenológica en el diagnóstico y manejo de estos trastornos, técnicas que lo hacen sin invadir al paciente y donde la identificación de los mecanismos neurobioquímicos subyacentes es decisiva. Se destacan los recursos psicoterapéuticos para una mejor rehabilitación prolongada, que se suma a la utilidad informativo-educativa a pacientes y familiares. La sinergia farmacológica, psicológica y de asesoría profesional favorece las más altas tasas de abstinencia y prevención de recaídas en trastornos como la adicción a la nicotina, que, junto con los apoyos psicosociales, alcanzan la meta de remisión pronta del consumo y mantenimiento sostenido de la abstinencia. La participación del personal de salud en la educación de pacientes y familiares da fuerza al trabajo profesional y coadyuva a la difusión de las recomendaciones de salud formuladas al efecto, como refuerzo del manejo individualizado de los casos, cuya calidad y calidez contribuyen a la disminución del estigma social debido a la ignorancia e incomprensión de estos padecimientos.

SEGUNDA PARTE
COMORBILIDAD

VII. PATOLOGÍA ADICTIVA Y SU COMORBILIDAD*

LA COMORBILIDAD del trastorno por consumo de sustancias en sus modalidades clínicas de abuso o dependencia, y otros trastornos mentales, es muy frecuente (CSAT, 2005). El diagnóstico de comorbilidad se presenta cuando cada tipo de trastorno coexistente se establece por separado (Sciacca, 1996), sin menoscabo de otros problemas de salud concomitantes e inducidos por el consumo de sustancias psicotrópicas u otras sustancias tóxicas adictivas. Se dice que el paciente típico lo representa el portador de un trastorno mental, como la esquizofrenia, con dependencia del alcohol (CSAT, 2005).

Sin embargo, no todos los cuadros son tan severos; la adicción puede coexistir con trastornos leves o moderados, como la ansiedad y la depresión, aunque éstos pueden agravarse y potencializar la patología y su evolución (Merikangas, Mehta, Molnar, Walters, Swendsen, Aguilar-Gaxiola *et al.,* 1998). No obstante, debe hacerse notar que la dependencia de la nicotina, por ejemplo, y a diferencia de otras solas o combinadas, no es tan grave desde el punto de vista adictivo, aunque sí lo sean sus consecuencia para la salud. Sus principales efectos son médicos y no del comportamiento, o, de existir esto, se muestran leves y pasajeros, por lo que algunos manuales de diagnóstico y tratamiento no los incluyen en sus revisiones.

Sin embargo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, de la OMS, y el Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, DMS-IV-TR, APA, la describen pertinentemente.

Debido a la alta frecuencia en la población de trastornos comórbidos (inducidos por el consumo) a los trastornos por consumo de sustancias, al agregarse los efectos de la nicotina tienden a presentarse consecuencias extra contra la salud (Souza, 2003b). Hace alrededor de cuatro decenios se viene observando la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales, en proporción aproximada de 20-50% en los pacientes mentales en general y en las unidades especializadas en adicciones con proporción de 50-75% (CSAT, 2005), cuyas posibilidades de combinación de modalidades del trastorno comórbido, esquemáticamente, pueden ser de cuatro tipos:

1. trastorno mental leve/trastorno por consumo de sustancias leve;
2. trastorno mental severo/trastorno por consumo de sustancias leve;
3. trastorno mental leve/trastorno por consumo de sustancias severo;
4. trastorno mental severo/trastorno por consumo de sustancias severo.

Esta descripción, aplicada por el profesional al paciente en el momento de su ingreso a tratamiento, facilita la ubicación de los casos, de acuerdo con la indispensable evaluación inicial recomendada por los organismos internacionales (CSAT, 2005).

Ello representa un asunto de máxima importancia respecto a la necesidad de garantizar, en la medida de lo posible, que la entrada a cualquier sistema de tratamiento —estructurado o profesional— proporcione el acceso, a su vez, a los demás sistemas necesarios para la atención complementaria, individual e integral de los casos (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006). De modo que la recuperación, entendida como un proceso de cambio a largo plazo, sucede y se maneja preferentemente por etapas.

En la preparación de todo plan del tratamiento el clínico ha de reconocer que el manejo puede asignarse en diversos ámbitos (residencial y ambulatorio), y que mucho del proceso de la recuperación ocurre típicamente después del manejo formal, en ámbitos externos a las unidades, ya sea por el esfuerzo personal o con la participación en grupos de ayuda mutua (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006). En el marco profesional de la atención de las adicciones el tratamiento se administra secuencialmente por fases, en respuesta a la historia natural del padecimiento. Generalmente incluye el contacto inicial, medidas de estabilización, tratamiento propiamente tal y el cuidado de mantenimiento.

El uso de estas fases permite al clínico, ya sea para el manejo de trastornos por consumo de sustancias, trastorno mental o ambos, aplicar en el marco referencial de aproximaciones sucesivas determinados acercamientos progresivos que, como en otras áreas de la medicina, desarrollan la aplicación de los protocolos (guías) de manejo. La planeación de dicho régimen se inicia con la investigación de la gravedad del caso.

Por su parte, el proceso de investigación se diseña para identificar a los pacientes que buscan el tratamiento por trastornos por consumo de sustancias y que muestran problemas de salud mental que justifiquen una atención adicional (Souza y Machorro, Díaz Barriga y Guisa, 1997). Cabe destacar que el uso de instrumentos codificados y de fácil utilización para la investigación clínica inicial diagnóstica y terapéutica a menudo logra este propósito, y aquéllos pueden ser administrados incluso, cuando no son autoaplicables, por personal previamente adiestrado, pues se requiere un mínimo de preparación (Souza, 2006b).

Una vez recopilada la información que proporciona evidencia de trastornos comórbidos por la presencia de un diagnóstico de trastorno mental y de

trastornos por consumo de sustancias, se determinan las áreas problemáticas, inhabilidades y recursos a emplear; el nivel de la preparación (disponibilidad) para el cambio en el paciente y las dificultades existentes para tomar decisiones respecto al nivel de cuidado requerido. Otros datos importantes a recolectar sobre las distintas áreas de la vida son:

1. aspectos culturales y lingüísticos relevantes;
2. la familia;
3. género, antecedentes y conductas sexuales;
4. historia de la condición patológica;
5. estado civil;
6. implicación legal y situación financiera;
7. salud;
8. educación;
9. estado actual de la situación adictiva;
10. fuerzas y recursos;
11. empleo(CSAT 2005).

La historia del uso de psicotrópicos se establece por la edad del primer uso de las drogas empleadas y el patrón de uso de cada una, incluyendo información relacionada con los diagnósticos de abuso o dependencia y del tratamiento actual. Es importante identificar los periodos de abstinencia de treinta días o más, ya que el manejo y la inhabilidad mental se expresan precisamente durante tales periodos.

Los problemas psiquiátricos se detectan a través de la historia familiar y personal relativa a los problemas psiquiátricos (incluye diagnóstico, hospitalización y otros tratamientos), los síntomas y diagnósticos actuales y la medicación recibida, así como el grado de apego al tratamiento. Al respecto, conviene identificar, más allá de periodos de la estabilidad mental de la salud, la naturaleza de los episodios de trastornos por consumo de sustancias presentes durante los periodos de estabilidad, llamados asintomáticos.

Por otro lado, la identificación adecuada de los servicios de tratamiento permite compartir y complementar el manejo del caso. La gravedad de la comorbilidad identifica las interacciones entre los síntomas de trastorno mental y trastornos por consumo de sustancias, así como las interacciones sintomáticas de los psicotrópicos y otros problemas psiquiátricos. Deben considerarse todas las interacciones relacionadas con las experiencias previas de tratamiento, especialmente las etapas de cambio, periodos de estabilidad y periodos de crisis.

Todo ello se dirige al diagnóstico clínico (nosográfico y descriptivo de la situación), parte central del manejo en el marco profesional, sea cual sea la gravedad de los casos. Se recomienda que nunca falte éste, y que no se realice en forma parcial o subestimada (Souza, 2005d).

En los distintos países del orbe las costumbres mostradas en los programas de referencia y contrarreferencia de pacientes no son siempre iguales. Cabe considerar que en algunos los asesores en adicciones y demás personas que colaboran en la asesoría a los pacientes suelen estar informados de: *a quién, cómo y adónde enviar un caso, especialmente si éste es comórbido,* ya que una gran parte de los cuadros clínicos en adicciones lo son. Sin embargo no se espera que estas personas hagan diagnóstico, y menos aún que inicien actividades correctivas o rehabilitatorias, lo que en México actualmente se ubica, por cierto, fuera de la ley (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a).

No obstante, precisa reconocerse la importancia de su participación en el hecho de que la adecuada canalización no sólo es muy importante, sino *decisiva para el éxito posterior del manejo del caso*. En ese contexto, el uso de la medicación apropiada es elemento esencial de los programas, al ayudar a los pacientes en su inicio —y en ocasiones incluso después— a estabilizarse y a controlar sus síntomas, de tal modo que aumenten su receptividad a otras formas complementarias de manejo (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005). En la actualidad el avance de la industria farmacológica permite contar con medicaciones psiquiátricas más eficaces, cada vez mejores por su eficacia y por sus menores efectos secundarios, las cuales, con la ayuda de mejores regímenes de manejo, permiten que muchos casos de trastornos por consumo de sustancias que en otro momento se hubieran institucionalizado por “problemas mentales serios” participen en su tratamiento y logren progresos significativos para retomar su vida en forma productiva.

Para resolver las necesidades de esta población, un asesor en adicciones, profesional o no, debe contar con una comprensión clara de los síntomas de trastorno mental, el trastorno por consumo de sustancias, y sobre todo respecto al acceso a la ayuda médica y psiquiátrica en su comunidad. De modo que su papel es, primero que nada, referir a los pacientes de modo eficiente y adecuado a los servicios de tratamiento, con miras a asegurar la medicación apropiada, y después asistirlo en lo que sea necesario para que se adhiera a un régimen de manejo abstinente a largo plazo, evitando así las recaídas. De lograrse estas metas se habrá participado de manera contundente y decidida en el éxito del manejo de los casos (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 1997). Las estrategias para el tratamiento de los trastornos comórbidos se han modificado en los últimos años a efecto de resolver las circunstancias especiales de los pacientes, los cuales deben ser continuamente observados e incluso recompensados por su comportamiento y realizaciones particulares, siempre que el logro de un nivel o de algún privilegio cumpla los criterios de comportamiento en las reuniones destinadas al efecto, como por ejemplo la demostración de la eficacia de los principios de la comunidad terapéutica, estimada necesaria y significativa para la mayor parte de ellos.

Por su parte, la terapia cognitivo-conductual es un acercamiento que busca modificar los pensamientos y comportamientos negativos, y su esfuerzo se dirige al cambio. Las distorsiones del pensamiento son más severas en pacientes con trastornos comórbidos que, por definición, necesitan más habilidades para hacer frente a sus problemas. Este tipo de psicoterapia ha probado ser útil para desarrollar estas habilidades en la mayor parte de los pacientes con terapia cognitivo-conductual.

De igual forma, la prevención de la recaída es una estrategia particularmente útil del tratamiento de terapia cognitivo-conductual. Su meta es desarrollar la capacidad del paciente para reconocer los indicios de riesgo e intervenir en el proceso mórbido de la reiteración, trabajando para que los lapsos ocurran cada vez con menor frecuencia y severidad.

La prevención de la recaída se esfuerza anticipando los posibles problemas, tras lo cual ayuda a los pacientes a aplicar tácticas para evitar episodios de consumo. De hecho, se considera parte decisiva del manejo toda actividad destinada a la prevención de la recaída, por adaptarse al paciente, comórbido o no, y proveerle resultados adecuados (Souza, 2005g).

El tratamiento residencial para el trastorno por consumo de sustancias ocurre en una amplia variedad de ámbitos, incluyendo instalaciones residenciales de corto y largo tiempo (10-12 semanas a 12 meses o más). La comunidad terapéutica modificada es un modelo residencial prometedor del campo del trastorno por consumo de sustancias y trastornos comórbidos a la que se han aplicado tres principales modificaciones:

1. de flexibilidad;
2. tratamiento individualizado;
3. intensidad reducida.

La comunidad terapéutica conserva la característica central del tratamiento; establece una cultura en la cual los pacientes aprenden, con esfuerzo personal y afiliación mutua con la comunidad del par, el fomento del cambio en sí mismos y en otros (Souza, Quijano, Romero, Arroyo, García, Quintanilla, Díaz Barriga y Guisa, 2006). Y como puede suponerse, el traslape de dos trastornos clínicos primarios a menudo obliga a la génesis de modelos de recuperación complementarios, los cuales emergen en la comunidad, tanto para mujeres con trastornos por consumo de sustancias como para las sobrevivientes de experiencias traumáticas (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000).

De hecho, existe una importante comorbilidad clínica entre los desórdenes psiquiátricos y trastornos por consumo de sustancias en mujeres (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000). En ellas los trastornos afectivos y de ansiedad son más probables de presentarse con abuso del alcohol o

adicción. Quienes abusan de los psicotrópicos es más probable que experimenten depresión y/o ansiedad significativas (Chander y McCaul, 2003).

Se ha documentado que el trastorno por estrés postraumático es factor importante para la dependencia del alcohol y otras drogas en las mujeres que experimentaron abuso sexual y/o físico en la niñez o juventud (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000; SAHMSA, 1997). Durante la última década los esfuerzos terapéuticos contra el trastorno comórbido y el trastorno por consumo de sustancias se han convertido en importante vehículo para proporcionar ayuda continua a esta población, y a la par facilitan los esfuerzos que cada comunidad aporta.

Se dispone de clara evidencia acerca de que los servicios especiales para mujeres que atienden la diferencia de género pueden mejorar la adhesión al tratamiento derivado del abuso/adicción a psicotrópicos, y asimismo mejorar el funcionamiento psicosocial, cuando se comparan con otros programas tradicionales. Sin embargo, está claro que las mujeres con trastornos comórbidos a trastornos por consumo de sustancias desafían, a la vez, el enganche y el mantenimiento de los cuidados (Chander y McCaul, 2003).

El trastorno por consumo de sustancias y trastorno mental son típicamente trastornos crónicos, donde la continuidad del cuidado es crítica; el desafío en cualquier sistema de tratamiento es instituir mecanismos para asegurarse de que todos los individuos con trastornos comórbidos experimenten las ventajas de la continuidad del cuidado. Estos grupos ayudan al refinamiento y a la sensibilidad del programa de tratamiento, mejorando la autoestima de los pacientes y aprovechando adecuadamente la inversión hecha en su tratamiento (CSAT, 2005). Los médicos que proporcionan los servicios médicos reproductivos a las mujeres tienen un papel preponderante en la identificación y la remisión de mujeres con trastornos por consumo de sustancias. Por ello, la atención particular se debe centrar en la investigación y la severidad del consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres con trastorno mental o en quienes reciben medicación antidepresiva o ansiolítica. El reconocimiento pronto y la remisión de los casos de trastorno mental y trastornos por consumo de sustancias son críticos para la salud a largo plazo y la mejora psicosocial (Chander y McCaul, 2003).

Pero como todo buen tratamiento depende de un personal adecuadamente preparado, precisa además crearse un ambiente académico de apoyo para el personal y animarlo al desarrollo profesional continuado, incluyendo la adquisición de nuevas habilidades, clarificación de sus valores y consolidación de su capacidad. Es asimismo esencial, al efecto, proporcionar supervisión constante y funciones de alta calidad, coadyuvadas por la creación de infraestructura adecuada a los servicios terapéuticos (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

La importancia de la transferencia y uso del conocimiento y la aplicación de la tecnología se han entendido mejor, al punto de ser hoy día una esperanza en la producción de soluciones a estos graves problemas sociales (Horrigan, Schroeder y Schaffer, 2000). Es deseable que cada uno de los que formamos la comunidad colaboremos en la planificación y operación de las respuestas conjuntas al problema.

RESUMEN

Se describe el fenómeno del trastorno comórbido vinculado a los trastornos por consumo de sustancias, su frecuencia epidemiológica y modalidades de presentación. Se destaca la importancia de la evaluación clínica inicial como parte del plan de tratamiento de una, otra o ambas entidades coexistentes en sus distintos escenarios clínicos —sin menoscabo de otros problemas de salud inducidos por el consumo de sustancias psicotrópicas u otras sustancias tóxicas adictivas—, cuya planeación debe iniciar con la investigación de la gravedad del caso, la cual se beneficia de la utilización de instrumentos codificados o historias clínicas diseñadas *ad hoc*.

La información recopilada proporciona evidencia de trastornos comórbidos, por la presencia de trastorno mental y trastornos por consumo de sustancias; determinación de las áreas problemáticas, inhabilidades y recursos a emplear; nivel de la preparación (disponibilidad) para el cambio en el paciente, y las dificultades existentes para tomar decisiones respecto al nivel de cuidado requerido, así como la información sobre las distintas áreas de la vida y la historia de consumo, las cuales devienen esenciales para el manejo. Se describen sucintamente las estrategias para el tratamiento, enfatizando la importancia documental de los sistemas de manejo para mujeres en sus distintas condiciones psicopatológicas. Se concluye destacando la importancia de la pronta y adecuada remisión de los trastornos mental y por consumo de sustancias y la necesidad de proporcionar supervisión constante y funciones de alta calidad, coadyuvadas por la creación de infraestructura adecuada a los servicios terapéuticos y la mejora de la preparación básica de su personal destinado al beneficio social.

* Modificado de Souza, 2007i.

VIII. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD DEPRESIVA*

LA DEPRESIÓN, también llamada trastorno depresivo, y sus modalidades clínicas, y el trastorno por consumo de sustancias, en sus formas de abuso/adicción, a menudo se presentan vinculados (Souza, 2000e). Los pacientes con trastorno depresivo son muy proclives a desarrollar trastornos por consumo de sustancias. Por lo tanto, puede resultar difícil determinar si el trastorno depresivo ocurre previo al trastorno por consumo de sustancias o se deriva de éste (Swendsen y Merikangas, 2000). Una forma de entender esta comorbilidad es considerar que el trastorno depresivo desarrolle la escalada de consumo de drogas que provoque un trastorno por consumo de sustancias. Otra es ver al trastorno depresivo como una secuela del abuso/ adicción de psicotrópicos. Pero como ambos trastornos son sinérgicos y coexisten con alta frecuencia, en especial en la mujer, se suscitan importantes implicaciones a considerar en su manejo.

El trastorno depresivo tiene presentación clínica variable; puede mostrar un talante abatido, con irritabilidad o ansiedad, o bien agregarse otros síntomas (dolor, fatiga o insomnio), que más de 50% de los pacientes exhiben de manera somatomorfa (dolor de espalda, cefalea y afecciones gastrointestinales y otras). Por lo abigarrado de sus manifestaciones, el trastorno es difícil de diagnosticar, además de que el estigma sobre la enfermedad psiquiátrica hace que los pacientes no admitan la posibilidad de sufrirla e intenten esconder sus síntomas.

Además, los factores de riesgo para ambos trastornos convergen (divorcio/separación, fallecimiento del cónyuge, antecedentes depresivos familiares o personales y/o de consumo de psicotrópicos, evento adverso importante, trastornos físicos y carencia de apoyo social), e incluso comparten obstáculos para su reconocimiento (estigma, depresión encubierta, alteraciones médicas por patologías concomitantes, complicidad tácita entre médico y paciente, restricción de tiempo para la atención clínica, educación médica inadecuada, etc.) (Swendsen y Merikangas, 2000, NIMH, S. F.). Este fenómeno comórbido se explica por una posible base neurobiológica común, en tanto que el trastorno por consumo de sustancias puede ayudar a aliviar algunos síntomas de otras enfermedades mentales o los efectos colaterales de alguna medicación,

porque dicho consumo puede precipitar enfermedades mentales o producir cambios biológicos con elementos comunes a ellas.

Prueba de esto son los efectos de muchos psicotrópicos que ocasionan síndromes similares a los psiquiátricos (las anfetaminas y la cocaína producen síntomas psicóticos; los alucinógenos producen alucinaciones; otros psicotrópicos suelen alterar el talante, produciendo euforia o bien síntomas depresivos, especialmente durante los síndromes de abstinencia), al tiempo de alterar el funcionamiento cognitivo (Souza, 2000e). Todos estos factores indican la existencia de sustratos neurobiológicos comunes a las enfermedades mentales y a la dependencia (Swendsen y Merikangas, 2000).

Por su parte, el trastorno por consumo de sustancias se reconoce cada vez más como importante problema de salud pública que ha documentado complicaciones sociales, legales, económicas, etc. (Regier, Farmer, Rae *et al.*, 1990). Datos epidemiológicos sugieren que 60% de los pacientes psiquiátricos muestran comorbilidad por trastornos por consumo de sustancias, en comparación con el 6% en la población general, que impactan incluso el ámbito de la educación médica de la especialidad (Sattar, Markert y Petty, 2004), en la que existe deficiencia en la preparación formal en la materia, reflejada, entre otras cosas, en que el trastorno por consumo de sustancias muy a menudo, lamentablemente, permanece sin diagnosticar (Grilo, Martino, Walker, Becker, Edell y McGlashan, 1997; Chander y McCaul, 2003; Greenberg, Ritvo y Fazzio, 2002).

De hecho, las posibilidades de padecer trastornos por consumo de sustancias en su modalidad de dependencia son 4.5 veces mayores en las personas con trastorno mental que en las personas sin él.

La prevalencia adictiva al *etanol* a lo largo de la vida es de 22% en individuos con algún trastorno mental *versus* 14% en la población general; las posibilidades de que una persona con algún trastorno mental también padezca dependencia etílica son 2.3 veces mayores que si no lo tiene.

Estudios de los últimos 20 años indican que las tasas de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida son de 38-44% en alcohólicos *versus* 7% en personas sin dependencia. Cerca de 80% de los alcohólicos padecen trastorno depresivo.

Una persona con dependencia del alcohol tiene una probabilidad 3.3 veces mayor de padecer también esquizofrenia, mientras que una persona con esquizofrenia tiene una probabilidad de presentar alcoholismo 3.8 veces mayor que la población general.

Tratándose de *nicotina* (tabaco), los porcentajes de fumadores son mayores entre las personas con esquizofrenia que en la población general. Y dependiendo del trastorno de que se trate, entre 26 y 88% de los pacientes psiquiátricos son fumadores, en comparación con 20-30% de la población general. Existe un vínculo estrecho entre el trastorno depresivo mayor y el consumo de tabaco; se sabe que hasta 60% de los grandes fumadores tienen antecedente de enfermedad

mental. La incidencia del trastorno depresivo mayor es dos veces más alta en fumadores que en no fumadores, y la probabilidad de abandonar esa adicción es 50% menor en fumadores con antecedente de trastorno depresivo que en fumadores sin ese antecedente (14% *versus* 28 por ciento).

En relación con c*ocaína y otros psicoestimulantes,* datos epidemiológicos indican que las tasas de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida son de 32% en consumidores de cocaína *versus* 8-13% entre no consumidores. También se ha documentado un alto grado de comorbilidad entre esquizofrenia y el consumo de estimulantes. El consumo de éstos es 2-5 veces mayor en pacientes con esquizofrenia que en personas sin ella, y tiene mayor prevalencia que en otras poblaciones psiquiátricas (Regier, Farmer, Rae *et al.,* 1990; Grilo, Martino, Walker, Becker, Edell y McGlashan, 1997; Chander y McCaul, 2003). Cabe señalar que dicha comorbilidad es aún más grave en mujeres (Chander y McCaul, 2003).

Se ha descrito que las mujeres con trastorno depresivo y trastorno por ansiedad son más proclives a presentar trastornos por consumo de sustancias, y las que consumen psicotrópicos son más proclives a presentar trastorno depresivo y trastorno por ansiedad graves (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Koretz y Merikangas, 2003). Por otra parte, evidencia documental señala un papel etiológico del trastorno ansioso en el desarrollo del trastorno por consumo de sustancias, sospechado pero aún no documentado en el trastorno depresivo (Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg y Anthony, 1997).

El trastorno por estrés postraumático es un factor en extremo importante para el trastorno por consumo de sustancias en aquellas mujeres con antecedente infantojuvenil o adulto de abuso sexual y/o físico (Jacobsen, Sothwick y Kosten, 2001; Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000). De ahí que el reconocimiento temprano y la remisión del trastorno por ansiedad, trastorno depresivo y trastornos por consumo de sustancias sean críticos para el logro y el mantenimiento de la salud y la mejoría psicosocial (SAMHSA, 1997).

Es necesario señalar ahora que, a partir de los estudios de Cloninger (Cloninger, Bohman y Sigvardsson, 1981; Cloninger, 1987b), se aceptan dos modalidades de adicción que influyen en su curso y su pronóstico.

El tipo 1 predomina en mujeres con mayor edad de inicio de consumo, no suele asociarse con la comisión de conductas antisociales y en él predominan los aspectos psíquicos de la dependencia sobre los fisiológicos (experimentan sentimientos de culpa acerca de su forma de beber).

El tipo 2 muestra características más compatibles con los varones; se distingue por la calidad y cuantía de los problemas vinculados a los episodios irrestrictos de bebida; tiene inicio de edad de consumo temprano y se asocia más con actos delincuenciales de diversa índole. De tales investigaciones se derivan tres dimensiones de personalidad genéticamente independientes:

1. personas con constante búsqueda de novedad, que refiere a la tendencia heredada de actividad exploratoria y a una intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos (patrón dopaminérgico), cuya modalidad conductual asociada incluye impulsividad y excitabilidad;
2. individuos preocupados por eliminar lo nocivo o dañino de su entorno, con tendencia a escapar de situaciones factiblemente asociables con castigo (patrón serotoninérgico mesolímbico), cuya modalidad conductual asociada incluye ansiedad, vergüenza y enfoque pesimista (Parsian y Cloninger, 2001);
3. individuos dependientes de recompensa, caracterizados por apego a diversas situaciones vinculadas con reforzamientos (patrón noradrenérgico-dopaminérgico D4), cuya modalidad conductual asociada muestra tendencia a la dependencia, persistencia y sentimentalismo.

Posteriormente se ha ampliado esta teoría biosocial de la personalidad, que ahora incluye nuevas dimensiones que denomino *de persistencia, autodirección, cooperatividad y autotrascendencia.*

Complementa este esquema de correlación genética de la personalidad la propuesta de Babor (Babor, Hoffman, Delboca, Hesselbrock y Meyer, 1992), quien plantea dos tipos de adictos etílicos.

El tipo A presenta inicio de consumo tardío, con pocos factores de riesgo en la infancia (TDA/H, trastorno de conducta, etc.), un grado de dependencia menos severa y pocos problemas derivados del consumo etílico con menor grado de disfunción psicopatológica.

El tipo B muestra inicio temprano de problemas relacionados con el consumo etílico, con elevado nivel de factores de riesgo en la infancia, alcoholismo familiar, grado severo de adicción, uso múltiple de psicotrópicos, historia crónica de tratamientos y mayor carga de estrés (que sus portadores no enfrentan eficazmente a lo largo de la vida); pobre evolución en respuesta al manejo (de uno a tres años respecto del promedio etílico ingerido por día) de problemas sociales producidos y el estrés al que están sometidos (Souza, 2005e).

Cabe destacar que el inicio temprano del etilismo y la historia de dependencia familiar son predictores de respuesta farmacológica, a menudo favorable (Malhotra, Murphy y Kennedy, 2004; Johnson, Roache, Javors, DiClemente, Cloninger y Prihoda, 2000).

En esa dirección, cabe señalar que los actuales enfoques genético-moleculares proporcionan un nuevo método de aproximarse y entender la heterogeneidad de la respuesta a los psicofármacos, ya para la enfermedad afectiva o para otros trastornos por consumo de sustancias, en sus distintas modalidades y tipos de droga.

Esta interesante estrategia, en plena evolución, ofrece la perspectiva de identificar los predictores biológicos de tal respuesta, y podría proporcionar los

medios para determinar los sustratos moleculares responsables de la eficacia de una droga y de sus efectos adversos. Los estudios más usados hasta ahora se han dirigido a conocer los mecanismos de la eficacia de los antipsicóticos, la respuesta a los antidepresivos y los respectivos efectos colaterales de ambas medicaciones.

Los resultados indican que los polimorfismos del receptor serotoninérgico 2A y los genes del receptor dopaminérgico D2 pueden influir en la eficacia del fármaco, especialmente en la esquizofrenia. Además, se sugiere la presencia de una relación entre el gen del transportador serotoninérgico y los efectos clínicos de los ISRS, a menudo usados para tratar la depresión y otros cuadros que cursan con afectación del talante.

En tal sentido, se ha documentado una relación significativa entre la variación genética en el sistema del citocromo P450 y los efectos nocivos inducidos por ciertos fármacos, además del polimórfico efecto del receptor dopaminérgico D3 en susceptibilidad a la disquinesia tardía.

Los datos derivados de estudios farmacogenéticos sugieren que ciertos genes podrían influir sobre los fenotipos estimulados por la administración de un psicofármaco, aunque los resultados siguen siendo preliminares y requieren su repetición y validación adicional.

No obstante, se considera que los nuevos progresos en biología molecular, la información acerca del genoma humano, los métodos estadísticos y bioinformáticos, todos ellos en desarrollo actualmente, podrían en un futuro ir despejando el camino a la siguiente generación de estudios de este tipo realizados en psiquiatría, que son sin duda alguna de alta utilidad práctica, especialmente en adicciones.

Por otra parte, la elevada prevalencia actual ante el profesional de la salud para diagnosticar trastorno depresivo, trastornos por consumo de sustancias o ambos, se empeora con la dificultad en la elección, dosificación y duración del medicamento a emplear. Y se agrava aún más con la limitada disponibilidad y acceso al medicamento, su inicio retardado de acción, la poca adhesión de los pacientes e incluso su refractariedad al tratamiento, así como desconocimiento de los efectos adversos y logro esperable en su evolución (Sacks y Ries, 2005).

En consecuencia, es una meta prioritaria y elemental discriminar qué paciente requiere manejo y cuál será éste (Glaxo-Smith-Kline Laboratories y APA, 2006), en la inteligencia de que el trastorno depresivo secundario al trastorno por consumo de sustancias tiende a desaparecer más pronto, mejor y por más tiempo con el manejo antiadictivo y la abstinencia prolongada que cuando es primario (Brems, Johnson, Bowers, Lauver y Mongeau, 2002).

El manejo (farmacológico-psicoterapéutico), por hospitalización o ambulatorio y/o remisión al especialista, debe incluir educación para la salud, que incrementa el cumplimiento terapéutico hasta 20% (Glaxo-Smith-Kline Laboratories y APA, 2006).

En suma, ambos trastornos son complejos y sus mecanismos biológicos afectan al cerebro y su funcionamiento; son crónicos y recidivantes y, como a menudo coinciden con otros trastornos físicos y mentales, su tratamiento, evaluación e investigación deben adoptar un enfoque integrado (Vallejo-Nájera, 1987).

La reducción de la morbilidad del trastorno por consumo de sustancias y de otros trastornos relacionados debe apoyarse en políticas y programas basados en datos científicos resultantes de la investigación y de su aplicación para alcanzar la premisa humanista: el arte, la ciencia y la técnica del hombre, al servicio del hombre.

RESUMEN

Se describen las características clínicas generales del trastorno por consumo de sustancias y su relación comórbida con el trastorno depresivo, a efecto de revisar su importancia epidemiológica desde la perspectiva de una práctica clínica preocupada por su amplia repercusión social.

Ambas formas de manifestación del trastorno depresivo —el que antecede y el que se deriva de la patología adictiva— a menudo no son diagnosticadas por el profesional de la salud. Tal subestimación agrava el manejo de la comorbilidad, en especial el relativo a la población femenina, respecto de la cual existen aún pocos trabajos publicados. Además, se presentan las principales características de los modelos contemporáneos de personalidad ligados al consumo de psicotrópicos como elementos a reconocer para su registro diagnóstico-terapéutico.

Se destaca el reconocimiento clínico de los pacientes y el adecuado suministro de educación para la salud con miras a lograr la obtención de mejores pronósticos rehabilitatorios a largo plazo.

* Curso de actualización Las drogas y sus efectos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 15-17 de noviembre de 2006; modificado de Souza y Cruz, 2007b.

IX. GESTANTES CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS Y SU COMORBILIDAD*

INVESTIGACIONES de los últimos años en torno al trastorno por consumo de sustancias, en sus modalidades de abuso o adicción, realizadas en salas de urgencia de distintas unidades clínicas, revelan que al menos 30% de los pacientes presentan problemas agudos de diversa índole, vinculados a la automedicación y al abuso de psicotrópicos legales o ilegales. El problema de las adicciones, definido como un asunto de salud pública, rebasa ampliamente los recursos y controles establecidos por los distintos países (Ian, Putnam, Jia y Smith, 2003), por lo que algunos organismos internacionales han emitido las recomendaciones a seguir por las naciones participantes en el marco de las mejores prácticas de la especialidad (ONUDD, 2003a).

En el caso del trastorno por consumo de sustancias que coexiste con embarazo, se ha documentado que en los Estados Unidos cerca de 3% de las gestantes consume drogas ilícitas (mariguana, cocaína, éxtasis y otras anfetaminas, y heroína) que conllevan diferentes riesgos para el feto y la mujer embarazada. Algunas de ellas pueden hacer que el bebé nazca demasiado pequeño o presente síndrome de abstinencia, defectos congénitos, problemas de aprendizaje o conducta, muerte súbita infantil, entre otras alteraciones. No obstante, dado que la mayoría de las embarazadas que consume drogas ilícitas a la vez consume otras lícitas (alcohol y tabaco), se propicia un riesgo para el feto difícil de determinar en su procedencia específica (Souza y Machorro, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

En México los esfuerzos realizados en materia de tratamiento antiadictivo han enfrentado desde hace varios decenios un manejo multidisciplinario, que va actualizándose y que participa cada vez más en la rehabilitación de los pacientes, considerando su comorbilidad en sus distintos tipos y grados de afectación (ONUDD, 2003a). No obstante, las necesidades nacionales del sector al respecto reclaman una mayor participación y una más firme acción continua en todos sus niveles de actuación (CDC, 1990). Por ejemplo, la intervención terapéutica en drogas ha tenido un modesto desarrollo, en cuanto a conocimientos y estrategias, respecto a las diferencias manifiestas en el consumo problemático de psicotrópicos entre hombres y mujeres.

El consumo femenino se ha considerado un fenómeno menos prevalente que el masculino, y las prácticas de intervención tienden a homogeneizar tratamientos para unos y otras, como si partieran de iguales necesidades, omitiendo la documentación que indica que tanto los patrones de consumo como sus causas y consecuencias afectan en modo distinto (Souza, 2003a). La utilización de drogas ilícitas en la mujer gestante conlleva una situación de alto riesgo para ella, para el feto y, en su momento, para el recién nacido (Briggs, Freeman y Yaffe, comps., 1998). La droga consumida puede repercutir en el normal crecimiento fetal, en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina con manifestación de síndrome de abstinencia (Butz, Pulsifer, Marano, Belcher, Lears y Royall, 2001) e inclusive en su normal desarrollo posterior (Chander y McCaul, 2003). En la práctica se observan otras variables asociadas con el consumo de drogas durante la gestación, que contribuyen a una mayor morbilidad fetal/perinatal. Y como la gestante con trastornos por consumo de sustancias no suele utilizar sólo una de ellas, sino que a menudo recurre a varias a la vez, como tabaco (Cano, Zabaleta, De la Torre, Yep y Melendi, 2003) y/o alcohol, además de presentar cuadros de malnutrición general, puede coexistir con algún tipo de padecimiento infeccioso (enfermedades de transmisión sexual [ETS], sífilis, gonorrea y demás enfermedades virales, entre las que destacan por su virulencia el VIH/sida, la hepatitis B y C) (SAMHSA, 1997).

Investigaciones realizadas sobre el tema a menudo pasan por alto las especificidades de la mujer. Los más frecuentes son los estudios que se concentran en los efectos de las drogas en la gestación y el parto (Souza, 2003a). Pero a pesar de esta limitación, existen referencias que permiten analizar la situación femenina frente al uso indebido de drogas (Cano, Zabaleta, De la Torre, Yep y Melendi, 2003).

Distintos autores señalan que, si bien la mayoría de los consumidores de drogas ilícitas son hombres, cada vez más mujeres participan del abuso de psicofármacos, en algunos casos indicados por médicos (SAMHSA, 1997) y en otros —posiblemente la mayoría— por automedicación (Malhotra, Murphy y Kennedy, 2004). Y dado que el consumo femenino de sustancias legales e ilegales es socialmente reprobado, suele estigmatizarse a quien las consume, generándole sentimientos de culpa y vergüenza, incluso cuando se trata de psicofármacos asociados con problemas de salud, pues a menudo se adquieren de forma ilegal sin prescripción médica.

La mujer suele recurrir a los psicofármacos para calmar, entre otras condiciones, la tensión producida por la situación psicosocial en que vive y la discriminación que padece, en el más amplio sentido del término (Roache y Meisch, 1995). Otros factores están relacionados con aspectos individuales, como en el caso del consumo de alcohol, principal problema de abuso y adicción en México (Bogenschutz y Geppert, 203), aunque éste sea mayor en hombres y apenas en las últimas décadas su uso se haya incrementado en la mujer. A finales

de los años ochenta México ocupó el segundo lugar mundial en cirrosis hepática en las tasas globales estandarizadas por edad para hombres, y el tercero para mujeres, aunque en esos años ocupaba el primer lugar en mujeres (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004a). En 1993 hubo 20 490 muertes por cirrosis hepática, con tasa de 23.2 por 100 000 habitantes.

Un estudio *ad hoc* (Narro Robles y Gutiérrez Ávila, 1997) mostró la tendencia en esta causa de muerte por sexo y etiología alcohólica. Los hombres presentaron un aumento en las cirrosis relacionadas con el consumo de alcohol y una disminución en la cirrosis debida a otras causas. De modo inverso, la cirrosis relacionada con el consumo de alcohol en mujeres ha permanecido estable, mientras que la atribuible a otras causas ha disminuido en el citado periodo (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004a). Diversos estudios afirman que el consumo de alcohol en gestantes ha sido estudiado a nivel poblacional por encuestas y analizado de manera retrospectiva, pero que aún no ha sido investigado el consumo de sustancias como tal durante el embarazo, y mucho menos su atención especializada (Rosovsky, Gutiérrez y Borges, 1995; Souza, 2005d).

Una comparación entre estudios de población mexicana y estadunidense señala que 80% de las mujeres en los Estados Unidos informan de consumo de alcohol en los últimos 12 meses frente a 48% de las mexicanas; las primeras, entre la edad de 18 y 49 años, tienen consumo más elevado que el observado después de los 50, mientras que las segundas tienen un consumo constante, independiente de la edad; el 54% de las estadunidenses refieren consumo por lo menos una vez a la semana ante 7% de las mexicanas, que reportan consumo de intoxicación (es decir, más de 200 ml de alcohol por ocasión de consumo en el último mes), en tanto que aquéllas no refieren episodios de este tipo (CSAT, 2005).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) afirma que, de un total de 7 710 mujeres, 16.8% reportó haber consumido bebidas alcohólicas durante su último embarazo. La preferencia por el consumo de la cerveza y la creencia popular de que el pulque tiene propiedades que fortalecen la leche materna, aunadas a la costumbre de beber en exceso en ciertas ocasiones especiales aun estando embarazadas, justifican ampliamente la investigación de este grupo poblacional (SSA, 2006).

Además, al estudiar el aborto espontáneo, anormalidades congénitas y mortinatos, el consumo de alcohol durante la gestación se encuentra asociado con la prevalencia de anormalidades congénitas (ENA, 2003; Kelly, Davis y Henschke, 2000), aunque existen pocos trabajos realizados en nuestro país vinculados a otro tipo de sustancias, como medicamentos y sustancias ilegales, a pesar de haberse documentado el uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia (Eyler, Behnke, Garvan, Woods, Wobie y Colon, 2001; Behnke y Eyler, 1993). Las instituciones participantes en el Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones habrán de producir y mantener la preparación y

actualización correspondientes, de modo que éstas se realicen con la mayor eficacia posible, a través de diversas acciones de tamizaje (Ito, 2000), diagnósticas o terapéuticas, para diseñar y construir una rehabilitación psicosocial de mayor calidad para las usuarias y sus familiares (Souza, 2006b).

Pero para ello se requiere sustentar una actividad clínica eficaz, que facilite el diagnóstico y brinde lineamientos terapéuticos precisos e inmediatos para los diferentes cuadros relacionados con las sustancias psicotrópicas que consumen las gestantes, con base en las clasificaciones nosográficas de la especialidad, así como de maniobras de urgencia médica sustentadas por rutinas establecidas en las guías de manejo de dichos casos (Souza, 2005d; Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005; Horrigan, Schroeder y Schaffer, 2000).

El compromiso de una visión tal ha de posibilitar una actuación certera frente a los problemas, o bien brindar la reorientación de la urgencia a la unidad de atención que corresponda. Por lo tanto, el profesional de la salud, en sus distintos niveles, y otros especialistas interesados en el tema encontrarán en este comunicado directrices generales en torno a la atención de los casos por trastornos por consumo de sustancias y sus respectivas recomendaciones complementarias (Project Match Research Group, 1997). Al efecto, cabe destacar que el rubro de los trastornos relacionados con sustancias del DMS-IV-TR incluye dos grupos:

1. los *inducidos* por su uso (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno por ansiedad, trastornos sexuales y trastorno del sueño);
2. los *derivados* del consumo, divididos en abuso y dependencia (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006b).

En tal contexto, se muestra de manera sintética un programa de tratamiento para gestantes usuarias de unidades ambulatorias y residenciales a nivel nacional, en el que se consideran las características clínicas generales del trastorno por consumo de sustancias en aquéllas y su relación comórbida con el trastorno depresivo (APA, 2000), la violencia psicofísica y sexual, entre otros problemas, a efecto de asignarle la debida importancia, desde una perspectiva clínica y práctica preocupada por su amplia repercusión social, como vía para establecer un proyecto de manejo terapéutico integral (APA, 2006).

A ese respecto, cabe señalar que a menudo ambas formas de manifestación del trastorno depresivo, el que antecede y el que se deriva de la patología adictiva, no son reconocidas ni apropiadamente diagnosticadas por el profesional de la salud (Souza y Cruz, 2007a). Esta subestimación se agrava en su manejo de la comorbilidad psicofísica o social, la cual no suele observarse en la clínica ni reportarse apropiadamente a las autoridades competentes, en especial la relativa a la población femenina, respecto de la cual existen aún pocos trabajos

publicados y al alcance de los interesados, debido a lo cual la información permanece dispersa (Swendsen y Merikangas, 2000). Por otro lado, al destacarse en la bibliografía científica las principales características de los modelos contemporáneos de personalidad ligados al consumo de psicotrópicos, como elementos de registro clínico derivados de la apreciación diagnóstica de los pacientes (Blehar, 2003), se reconoce implícitamente la necesidad de afinar el suministro de esfuerzos dirigidos a la educación para la salud (Souza, 2005e; Souza, 1988a), con miras a lograr la obtención de mejores pronósticos rehabilitatorios a largo plazo (Costa y López, 1996). El uso/abuso de sustancias constituye un complejo fenómeno de consecuencias adversas en la salud individual, con repercusión sobre la integración familiar y la estabilidad social (CDC, 1990). Aunque en la actualidad toda sociedad está expuesta a las drogas, existen grupos más vulnerables que otros a sufrir los daños del consumo (Ian, Putnam, Jia y Smith, 2003; ONUDD, 2003a).

En el caso de las mujeres, que conforman un grupo de alta vulnerabilidad, el consumo de sustancias en México se ha incrementado de manera significativa en los últimos años (Souza, 2005g), en particular el consumo de medicamentos por autoprescripción y el de otros psicotrópicos legales, como el tabaco y el alcohol (Rosovsky, Gutiérrez y Borges, 1995; SSA, 2006). Dadas las características femeninas como grupo genético, los riesgos contra la salud derivados del trastorno por consumo de sustancias son múltiples y con complicaciones físicas y mentales, muchas de las cuales son irreversibles.

Además, presentan una serie de problemas agregados que abarcan la adicción, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, entre muchos otros (Butz, Pulsifer, Marano, Belcher, Lears y Royall, 2001). Cabe señalar que los psicotrópicos considerados como drogas ilícitas en la ENA (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína y opio, y alucinógenos) incluyen en el grupo de drogas ilícitas los disolventes volátiles, de uso legal pero proscrito a menores (SSA, 2006). Asimismo, debe enfatizarse que la mayoría de las personas que desarrollan adicción a drogas ilegales se inician con drogas legales (tabaco y alcohol), siendo este último el psicotrópico más utilizado en combinación con drogas ilegales (SSA, 2006; Horrigan, Schroeder y Schaffer, 2000; Medina-Mora y Rojas Guiot, 2003).

Se presenta a continuación una breve semblanza del programa referido (APA, 2006), cuyos objetivos incluyen:

1. proveer a la gestante con trastornos por consumo de sustancias los beneficios biopsicosociales requeridos para un desarrollo saludable;
2. ofrecer atención terapéutica y educativo-preventiva destinada a eliminar o reducir al máximo posible el trastorno por consumo de sustancias;
3. favorecer el acceso a planes de desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia, así como a actividades de apoyo social y canalización adecuada de

casos, destinada tanto al manejo obstétrico como al tratamiento a largo plazo de la condición adictiva;

4. identificar el consumo femenino perigestacional de psicotrópicos para lograr la limitación de sus riesgos contra la salud a corto, mediano y largo plazo en la madre y su producto;
5. ofrecer tratamiento médico y psiquiátrico a las gestantes y sus productos;
6. ofrecer tratamiento psicoterapéutico básico de 10 sesiones o más, según sea requerido y factible para la gestante con trastornos por consumo de sustancias, acorde a un temario educativo-preventivo seleccionado *ad hoc*;
7. estructurar un sistema de referencia/contrarreferencia destinado al apoyo y control evolutivo posparto de la madre y su producto;
8. discriminar y contrarrestar los factores personales y sociales asociados con el trastorno por consumo de sustancias de las gestantes, incluidos los psicofármacos fuera de prescripción;
9. prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual en la población femenina en edad reproductiva;
10. identificar con fines preventivos las condiciones comórbidas al trastorno por consumo de sustancias de las gestantes;
11. estudiar la prevalencia del trastorno por consumo de sustancias y tipo de drogas de mayor uso/abuso durante el embarazo;
12. proporcionar información detallada a la población usuaria, con especial énfasis en los aspectos nocivos de las sustancias en el embarazo;
13. capacitar y/o actualizar al profesional de la salud en el tema, en especial a los miembros del primer y segundo nivel de atención.

El programa está diseñado para realizarse con vigencia abierta, asumiendo las siguientes consideraciones relativas a la filosofía de la estrategia terapéutica (APA, 2006): los factores de la comorbilidad psiquiátrica en adicciones se encuentran íntimamente ligados a la estructura de la personalidad premórbida de la paciente y a su habitual capacidad fallida de adaptación.

Ambas características se relacionan con los grupos causales etiogénicos, concomitantes y consecuentes.

La evaluación clínica debe aplicarse a todas las gestantes con trastornos por consumo de sustancias que soliciten consulta a efecto de determinar su estado actual y si son portadoras de un problema médico u otra afectación médico-psiquiátrica adicional.

La evaluación completa es un procedimiento que debe requisitarse al primer contacto con la gestante, o bien, si las condiciones no son óptimas, realizarla en la misma forma en que se aplica al paciente comatoso: describiendo la condición que presenta, a efecto de documentar la atención brindada y las características de la paciente.

Deberán tenerse en cuenta las características de la gestante respecto al abordaje clínico de los contextos obstétrico y pediátrico como trascendentales para el desarrollo final de la atención médica en términos satisfactorios. Dicha evaluación es obligatoria en todo el territorio nacional, de acuerdo con la normatividad vigente (Lux, Henderson y Pocock, 2000; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994). Como complemento de las acciones del programa, se presentan otras actividades a considerar:

1. en *prevención,* desarrollar programas informativo-educativos dirigidos a gestantes, a fin de fortalecer los factores protectores que hasta el momento hayan contribuido al mantenimiento de la resiliencia o a un menor grado de consumo de psicotrópicos que el mostrado por el género complementario de edad análoga;
2. en *tratamiento y rehabilitación,* generar dentro del mismo servicio especializado de la unidad una opción para mujeres, que responda a las necesidades específicas de atención de los problemas derivados del trastorno por consumo de sustancias y su comorbilidad;
3. en *normatividad,* difundir entre los centros de tratamiento las recomendaciones técnicas sobre la situación de género emitidas por organismos internacionales, y reforzar las medidas de control de disponibilidad de medicamentos que requieren control médico;
4. en *enseñanza,* desarrollar acciones específicas (cursos y talleres, producción de materiales educativos, protocolos de manejo, etc.) dirigidas a formar recursos humanos especializados en el tratamiento de los problemas de adicción y su comorbilidad entre las gestantes con trastornos por consumo de sustancias.

Tomando en cuenta las citadas características, los temas seleccionados para incluir en el manejo psicoterapéutico grupal e individual, se proponen temas vinculados con la problemática de la paciente, que, entre muchos otros, complementan la visión informativo-educativa de la salud mental (embarazo normal y sus características; efectos de las drogas; violencia y gestación; enfermedades de transmisión sexual y sida; nutrición y salud; lactancia, maternaje y desarrollo infantil; integración familiar y de pareja; importancia del ejercicio en la salud; educación sexual; anticoncepción y planificación familiar).

Cabe señalar que las estrategias y acciones específicas para el abordaje destinado a evitar o disminuir este fenómeno no requieren una especial tecnología instrumental o de equipos. En cambio resultan indispensables la adecuada capacitación y desempeño del profesional de la salud, del personal de las escuelas y otras instituciones o grupos de servicio, familias, organizaciones no

gubernamentales y de la comunidad en general, pero sobre todo de las propias mujeres (Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998).

En la atención de las gestantes ha de participar la totalidad de los servicios del sector salud, si se requiere, cualquiera que sea su nivel de complejidad, brindando diferentes niveles de cuidado, a los cuales deben agregarse otros sectores como el educativo, sin menoscabo de las organizaciones juveniles, asociaciones comunitarias de diversa índole, incluidas, entre otras, las religiosas.

De hecho, la utilización coordinada de las múltiples organizaciones sectoriales y sociales es parte de la estrategia para lograr mejorar el acceso y extender la cobertura, ya que favorece la aceptación y participación de los grupos, dada su proximidad a los lugares donde viven, estudian, trabajan o se divierten (APA, 2006). Así, respecto de la estructura y coordinación de la red de atención que alberga al programa, basada en un sistema de servicios recíprocos, se propicia la coordinación de las diferentes instituciones y actores involucrados, y las integradas entre los servicios sectoriales de salud de los diferentes niveles (primario, secundario y terciario).

Se contemplan, además de las redes entre estos servicios, las de otras instituciones o actores diversos, que potencialmente pueden agregar otro tipo de cuidados (autocuidado y cuidado mutuo o prevención primordial). De ahí que el trabajo en red se defina por la constitución de una estrategia articulada y el intercambio entre organizaciones, programas, proyectos o personas, que deciden conjuntar, formal o informalmente, sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Por lo tanto, la red deviene resultado de la estrategia y constituye, a la vez, una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que participan de la vinculación; sus características son voluntariedad, adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y espontaneidad de las relaciones (SAMHSA, 1997). A causa de ello, las redes se diferencian de las formas organizativas tradicionales, piramidales y jerárquicas, al conformarse en estructuras dinámicas, donde existen simultáneamente varios centros de atención (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a). Los integrantes de la red, por su parte, interactúan o intercambian en base a similitudes, diferencias o complementariedades, a favor de propósitos comunes y conservando sus propios fines o identidades personales, grupales o institucionales (Nirenberg y Perrone, 1991-2003), puesto que el concepto de red hace referencia a formas de trabajo intersectorial, multiactoral, articulado, basado en discusiones, acuerdos y alianzas. Por consiguiente, se orienta a la mayor racionalidad en el uso de los recursos, así como a la accesibilidad integral y equitativa entre los distintos servicios y las respectivas organizaciones.

De ello se derivan los criterios relativos a la cobertura, cuyo rasgo distintivo es que, cualquiera que sea el tipo de servicio o el nivel de complejidad que asista a la

gestante, dicha atención habrá de reunir las condiciones fundamentales deseables para las personas de edad reproductiva:

1. Interdisciplinarias, centradas en la necesidad que motiva la solicitud asistencial; requiere el concurso de diversos profesionales que abarquen los diferentes ángulos del problema.
2. Intersectoriales; participan del trabajo conjunto de instituciones de diversos sectores (salud, educación, trabajo, justicia, deportes, etcétera).
3. Multiactorales; reclaman el involucramiento de actores diversos (familiares, vecinos, líderes comunitarios, miembros de organizaciones comunitarias, etc.) (Rodríguez García, Russell, Maddalenno y Kastrinakis, 1999). Al efecto se utilizan dinámicas participativas tales como talleres o reuniones de grupo, con participación de los protagonistas, padres, maestros y otros adultos significativos (Souza, 2005e). La inclusión de consejería o centros de asesoramiento es de utilidad y aceptación para el grupo juvenil (APA, 2006).

Las experiencias de otros países indican que las unidades realizan actividades enfocadas al problema de las enfermedades de transmisión sexual y a otros relacionados con la salud mental, como problemas adolescentes diversos, sexualidad y embarazo no deseado. Se espera que los servicios de salud, cualquiera que sea su nivel resolutivo, aseguren un trato personalizado y la confidencialidad requerida para lograr la adhesión a eventuales tratamientos y la participación de los jóvenes en el cuidado de su salud (García, Aubá y Villalbí, 1999-2003).

De acuerdo con la edad y la legislación existente en los diferentes estados del país, el profesional de la salud debe obtener el consentimiento informado para realizar ciertos procedimientos médicos, como los estudios de laboratorio o antidoping de sustancias o pruebas para la detección de VIH/sida, etc. Las características de personalización, confidencialidad y el uso de técnicas participativas requieren determinadas condiciones de infraestructura física (espacios adecuados y equipamiento o materiales) que deben tenerse en cuenta en la organización de los servicios (Simón y Fernández Rodríguez, 2002).

Otro ángulo a considerar son los resultados de los servicios institucionales, pues el cambio debe tener presente que se trata de una actividad bipartita, que requiere trabajo simultáneo, que orienta la disposición a la acción comprometida de las gestantes y promueve la apertura institucional necesaria para su realización. De ahí que el papel del recurso humano de las instituciones deviene crucial; su adecuado número y capacitación determina en gran medida el acceso, la cobertura y la calidad de la atención (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a).

La definición del personal a formar y los contenidos de la actualización varían en los diferentes niveles institucionales y localizaciones, de acuerdo con la naturaleza de los problemas, disponibilidad y características de los recursos

(Souza, 2000d). Pero aun así, en todos los casos se dispone de dos vertientes estratégicas: el entrenamiento para conformar equipos de atención y la capacitación multiprofesional para asegurar el trabajo interdisciplinario. Es imprescindible introducir contenidos específicos relacionados con salud y desarrollo integral de las poblaciones que participarán del programa y en el currículo del profesional de la salud de pre y posgrado de las unidades.

La preparación de éste, destinado al segundo y tercer nivel de atención o posgrado, requiere el desarrollo de centros especializados en las áreas de servicio y docencia, donde se brinde una capacitación multiprofesional que asegure la idónea preparación del personal necesario para esos niveles de referencia (Souza, 1998a). Para el profesional de la salud que ya se encuentra en servicio es preciso dar a conocer los principios de la atención integral y estimular el trabajo en equipo y entre los niveles de atención; dicha atención puede iniciar el proceso con la preparación de material didáctico y la realización de cursos cortos de tipo regional, que preparen una masa crítica de multiplicadores que puedan luego repetir esos conocimientos en los espacios locales.

En todos los casos, junto a los esfuerzos de preparación de personal de todos los niveles deberá preverse la capacitación continua del personal de salud; dado que la cantidad de personas a capacitar es alta, es recomendable desarrollar metodologías a distancia para alcanzar mayor cobertura y eficiencia (Souza, 1998a). Cabe considerar ahora que las políticas públicas en general, y en particular las de salud, están dirigidas a evitar el riesgo de favorecer o profundizar la fragmentación poblacional, según sea la pertenencia a estratos sociales que se reproducen a sí mismos con cada generación.

La atención del embarazo en México dispone de una NOM que contempla los lineamientos necesarios para su manejo en el marco legal e institucional (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000). Sin embargo, no existe reglamentación alguna que guíe los procedimientos de la interconsulta, el manejo del embarazo asociado con el trastorno por consumo de sustancias o su referencia para una adecuada valoración y atención especializada.

En consecuencia, deben idearse nuevas formas para mejorar la integración social vía legislación, y así favorecer la interacción entre los grupos etarios, en especial los de diferente estrato social, orientando las acciones a rescatar los derechos humanos, disminuyendo la inequidad. Además, la metodología a emplear toma acciones preventivas y terapéuticas de los diversos sectores de apoyo y coordinación para garantizar una mayor cobertura y utilización cualitativa de los recursos, por lo que debe implementarse una serie de acciones específicas para la realización de cada estrategia.

Por su parte, la investigación y la información educativa deben desarrollar, actualizar y difundir la base de datos de los recursos existentes y los servicios ofrecidos. Asimismo, la prevención ha de procurar mantener y fortalecer los programas preventivos del sector y desarrollar conjuntamente con otros

(educativo, procuración de justicia, comunicación, desarrollo social, trabajo y gobierno, privado y social) la promoción de la integración, congruencia y complementariedad de las actividades.

De modo paralelo, la normatividad ha de generar los mecanismos para difundir las normas y regulaciones vigentes, así como instrumentos para apoyar su mejor aplicación; ampliar la cobertura de información de la base de datos sistematizados sobre legislación en materia de adicciones, para adicionar a la reglamentación federal la legislación estatal, la emitida por organismos internacionales y la de carácter bilateral, en la que interviene México (Simón y Fernández Rodríguez, 2002). Todo lo anterior se complementa con la enseñanza y la actualización, al promover mayor aprovechamiento de los recursos humanos y técnicos de alto nivel para la capacitación en investigación, prevención y tratamiento mediante el uso de nuevas tecnologías de difusión e intercambio de información: especializaciones y cursos a distancia (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993), videoconferencias, cursos vía satélite y otros mecanismos que agilicen la divulgación del conocimiento y la formación de personal (APA, 2006). Debe tenerse presente que el objetivo de las acciones específicas ha de realizarse en forma sencilla y concreta.

Al desarrollar la actividad se debe cuidar que la usuaria se sienta satisfecha de la atención otorgada, lo cual influirá en su adhesión al programa. Igualmente importante es que el profesional de la salud se identifique con el programa para ofrecer un servicio de amplia calidad y calidez. La presente propuesta, como cabe esperar, debe ser adaptada a cada unidad, de acuerdo con las necesidades y el alcance de metas propuesto, ya que cada una dispone de un equipo cuya meta se somete a las características de cada área, región, escuela o centro de salud, colonia o barrio de su zona.

Las siguientes son acciones recomendadas para realizarse simultáneamente en varios niveles.

1. *Ámbito de la salud.* Con objeto de que todos los servicios de la región tengan conocimiento del programa, la difusión se encamina a que conozcan el programa, sus objetivos, metas y los servicios que presta a las unidades. Su difusión y conocimiento podrán establecerse mediante las siguientes medidas:
   a) establecer un convenio de colaboración con las autoridades de cada unidad de salud de la zona;
   b) difundir el programa y colocar carteles, trípticos, mantas, periódicos murales, etc., en áreas útiles;
   c) realizar difusión en cápsulas informativas por medio de perifoneo, radio y TV local;
   d) elaborar papelería específica para la captación de usuarias y articulación de servicios de referencia/contrarreferencia de pacientes;

e) visitar periódicamente las instituciones participantes (cronograma de actividades, evaluación continua, etcétera);
f) ofrecer cursos y sesiones académicas para profesionales de la salud de las instituciones participantes (SSA en centros de salud, centros comunitarios, consultorios y hospitales generales de segundo y tercer nivel de atención; IMSS en centros y hospitales de primero, segundo y tercer nivel de atención, guarderías y centros de desarrollo comunitario; ISSSTE en centros y hospitales de primero, segundo y tercer nivel de atención; DIF estatal en consultorios, guarderías, estancias y comedores comunitarios, hospitales, etc.; servicios de salud privados y públicos; servicios judiciales en juzgados y áreas de rehabilitación social en reclusorios.

2. *Ámbito educativo*:
a) instaurar acuerdos y convenios de colaboración con autoridades educativas locales;
b) elaborar material informativo y de orientación del programa, donde se expongan los alcances del mismo, los servicios que se otorgan y las instituciones participantes;
c) los materiales deben ser claros y sencillos para cada nivel escolar en el que se difundan, y tienen que desarrollarse con profesores, alumnos, personal de apoyo y padres de familia de las instituciones participantes (SEP en niveles escolares: preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, técnicos y profesional; universidades locales en niveles medio superior y profesional y escuelas privadas a todo nivel).

3. *Ámbito comunitario*. Se trata de la parte estratégica más importante del programa; su propósito es:
a) formar redes o clubes de ayuda y voluntarios, lo que implica involucrar y comprometer a la comunidad del lugar;
b) dar apoyo social a grupos más vulnerables de la misma comunidad;
c) ofrecer visitas con el profesional de la salud de la unidad a diferentes zonas de la comunidad para difundir el programa (lecherías, parques, ferias y demás lugares de reunión);
d) llevar a cabo pláticas acerca del contenido y los propósitos del programa, así como respecto a otros temas relacionados con el mismo, en la unidad, destinadas tanto al personal que participa en las redes como a los promotores y a toda persona interesada en recibir los beneficios del programa (APA, 2006).
e) encaminar las acciones a la elaboración de carteles, mantas, cartulinas, etc., para ser colocados en lugares específicos y vigilados de la comunidad, colonia o barrio, con la información del programa, en los cuales se invita a

formar parte de él como voluntario y se sugiere que si conocen a alguien que tenga el problema lo inviten a asistir.

La evaluación y el seguimiento del programa requieren la participación de mecanismos y acciones en las siguientes áreas:

1. *Investigación e información*
   a) definir indicadores y medidas de la efectividad de las acciones;
   b) difundir los resultados derivados de las evaluaciones, a fin de que las unidades operativas puedan plantear y adecuar sus acciones.

2. *Tratamiento y rehabilitación*
   a) desarrollar acciones eficaces a través de mecanismos de detección y derivación de casos a programas de tratamiento;
   b) analizar mediante estudios las actitudes del profesional de la salud hacia pacientes con trastornos por consumo de sustancias en gestantes, que puedan impactar sobre la calidad de los servicios;
   c) desarrollar y evaluar nuevos modelos de tratamiento;
   d) elaborar programas alternativos para implantarlos en la institución, de acuerdo con la experiencia institucional y académica de la unidad de que se trate.

3. *Normatividad*
   a) difundir entre los servicios de prevención y tratamiento los criterios mínimos propuestos en la NOM sobre Prevención y Control de Adicciones (Lux, Henderson y Pocock, 2000) acerca de las características y calidad de la atención;
   b) analizar su aplicación, así como los distintos ordenamientos federales y estatales en vigor, y desarrollar propuestas de reformas y adecuaciones cuando sea pertinente.

4. *Enseñanza*
   a) ampliar la difusión de los programas educativos validados tanto por el alto nivel de los expositores y de las instituciones que los organizan, como por el de sus contenidos y materiales;
   b) capacitar a los agentes terapéuticos y a quienes desarrollan labores de rehabilitación para la inclusión sistemática de la evaluación en el diseño y la ejecución de sus proyectos;
   c) hacer de la participación institucional en el tema el elemento clave para el desarrollo social saludable y aprovechar oportunidades para fortalecer el tejido social (NOM-007-SSA2-1993). En esa dirección, es conveniente partir

de un enfoque igualitario de la atención asistencial que dignifique los grupos femeninos sin menoscabo del beneficio a la pareja y a la familia;

d) recomendar que los estudios utilicen información desagregada por sexos para conocer con más detalle la situación de uno y otro; incorporar el enfoque de género en la enseñanza y la actualización del profesional de la salud (NOM-007-SSA2-1993);

e) estructurar los servicios de modo sensible a las diferencias de género; promover la equidad y considerar el desarrollo pleno de los seres humanos sin sesgos; promover la articulación interinstitucional de modo funcional en las escalas comunitaria, regional y nacional, con la más adecuada distribución posible de funciones y papeles (APA, 2006). Cualquier caso de embarazo que cursa con trastornos por consumo de sustancias, como puede colegirse, tiende a presentar comorbilidad (depresiva, ansiosa, por violencia, etc.), edad añosa o precoz, entre otros, y define un problema de salud que debe ser adecuadamente captado. El trastorno por consumo de sustancias, el trastorno depresivo y la comorbilidad asociada con la violencia a menudo se presentan vinculados en la población femenina (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b). Las pacientes con trastorno depresivo son muy proclives a desarrollar trastornos por consumo de sustancias. Tal como ocurre con las pacientes con trastornos por consumo de sustancias, por lo tanto, puede resultar difícil determinar si el trastorno depresivo ocurre previo al trastorno por consumo de sustancias o se deriva de éste. Pero como ambos son sinérgicos y coexisten con alta frecuencia en la mujer, suscitan en su manejo importantes implicaciones que no pueden dejar de tomarse en consideración.

Ello además de que converjan factores de riesgo para ambos trastornos (divorcio o separación; fallecimiento del cónyuge; antecedentes depresivos familiares o personales y/o de consumo de psicotrópicos; evento adverso importante; trastornos físicos y carencia de apoyo social) e incluso que compartan obstáculos para su identificación (estigma, depresión encubierta, alteraciones médicas por patologías concomitantes, complicidad tácita entre médico y paciente, restricción de tiempo para la atención clínica, educación médica inadecuada, etc.), lo cual produce complicaciones sociales, legales, económicas y otras (Addiction Research Foundation, 1997; NIDA, 2002).

Por otra parte, las diferencias encontradas entre los sexos indican que, si bien la mayor parte de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son varones, la proporción hombre-mujer es inversamente proporcional a lo que ocurre en los casos de trastorno depresivo y trastorno por ansiedad. La dependencia de nicotina, por ejemplo, mantiene porcentajes similares en uno y otro, pero el consumo de psicofármacos sin prescripción es mayor en la población femenina (SSA, 2006). Entre los pacientes con trastornos por consumo

de sustancias, la diferencia de patrón sexual de trastornos mentales comórbidos es igual a la de población sin trastornos por consumo de sustancias, y se sabe que las mujeres con trastornos por consumo de sustancias a menudo reúnen criterios para trastorno depresivo, trastorno por ansiedad y trastorno de personalidad fronteriza, en tanto que los varones con trastornos por consumo de sustancias reúnen criterios de trastorno de personalidad antisocial y usan drogas más fuertes, como heroína y cocaína, y se involucran en problemas legales asociados con trastornos por consumo de sustancias. Además, la personalidad antisocial no previene el trastorno depresivo en abusadores/adictos y se liga fuertemente a ella (NIDA, 2002).

Otra diferencia entre hombres y mujeres en las tasas por trastornos por consumo de sustancias se refiere a una mayor edad de inicio de consumo en ellas. Sin embargo, éstas tienen una progresión de la enfermedad más rápida y consecuencias físicas y sociales mayores que los varones.

Las mujeres más frecuentemente presentan trastorno depresivo previo al trastorno por consumo de sustancias; de adolescentes muestran significativas frecuencias más altas de trastorno depresivo que los varones y mayores efectos negativos asociados con cambios hormonales y eventos estresantes a lo largo de la vida. A diferencia de los adultos, el grupo juvenil de uno y otro sexo presenta un consumo semejante de sustancias en alcohol, nicotina, mariguana y cocaína; pero ellas muestran mayor riesgo de dependencia a esta edad, comparadas con los varones y con cualquier otro grupo de edad femenino (SSA, 2006).

Datos epidemiológicos respecto de las condiciones de comorbilidad sugieren que 60% de los pacientes psiquiátricos la presenta asociada con trastornos por consumo de sustancias, en comparación con 6% en población general, que impacta incluso al ámbito de la profesión médica, donde existe deficiencia de preparación formal en la materia (Meszaros, Lenzinger, Hornik, Fureder y Willinger, 1999). Ello se refleja, entre otras cosas, en que el trastorno por consumo de sustancias en distintos ámbitos clínicos a menudo pasa sin diagnosticar (Brems, Johnson, Bowers, Lauver y Mongeau, 2002; Klamen, 1999). Como consecuencia de ello se hace meta prioritaria del programa discriminar qué paciente requiere manejo y cuál será éste. Por ejemplo, en relación con la comorbilidad por violencia contra la mujer asociada con trastornos por consumo de sustancias, a pesar de la gran cantidad de estudios publicados en el mundo sobre el tema, la potencial relación de causa-efecto entre la violencia y el trastorno por consumo de sustancias no ha sido bien dilucidada a la fecha. Sin embargo se ha documentado que las mujeres sometidas a conductas violentas, psicofísicas, sexuales o ambas, muestran altas tendencias de consumo de sustancias, posiblemente para enfrentar el estrés y el dolor resultantes (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; AMA, 1992). Lamentablemente, muchas mujeres en México y otros países son víctimas de violencia, incluso durante el embarazo (Gelles, 1988; Gazmararian, Adams y

Saltzman, 1995), cuando deberían estar más protegidas. Distintos estudios realizados en los últimos años señalan que 4-26% de las gestantes son víctimas de violencia previa al embarazo y que 1-17% lo son durante éste (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; AMA, 1992).

Ambas condiciones, la violencia y el abuso sexual, en especial si son simultáneas, amenazan la salud de las gestantes y sus productos (Gelles, 1988). La violencia durante la preñez se relaciona con malos pronósticos de los nacimientos a ocurrir (Gazmararian, Adams y Saltzman, 1995). Asimismo, el consumo de nicotina vía cigarrillo se relaciona con productos de bajo peso al nacer, aborto espontáneo y síndrome de muerte súbita infantil (Van Dyke *et al.,* 2000; Grover, Avasthi y Sharma, 2006), mientras que el uso de alcohol durante la gestación puede producir diversas alteraciones (mentales, cardiovasculares, síndrome feto-alcohólico, etc.). La cocaína se vincula a trastorno en el retraso del crecimiento intrauterino del producto y ciertos defectos congénitos (Kandel, Wu y Davies, 1994). La mariguana se relaciona con la producción de partos prematuros y el nacimiento de niños de talla breve y bajo peso al nacer, etcétera.

Los traumatismos ocasionados por la violencia recibida por las mujeres en distintos momentos de su vida pueden afectar la habilidad de la madre en el proceso de atención a los infantes (maternaje) (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006; Briggs, Freeman y Yaffe, comps., 1998; Polifka y Friedman, 2002). Las mujeres con alto consumo de sustancias tras el parto pueden incrementar los riesgos de consumo de alcohol y drogas existentes, al punto de llegar a interferir con las habilidades parentales y la crianza de sus productos.

La exposición pasiva al humo del cigarrillo puede producir problemas respiratorios a los neonatos (WHO, 1992b). Se sabe que las mujeres que han sido victimadas usan tabaco, alcohol y drogas ilegales en mayor cuantía y frecuencia que las que no lo fueron (Horrigan, Schroeder y Schaffer, 2000; Forastier, Agabiti y Corbo, 1994). Por lo tanto, es lógico esperar la existencia de distintas repercusiones de salud y crianza (Zuckerman, Frank y Brown, 1995; Breitbar, Chavkin y Wise, 1994). Cabe destacar que las mujeres abusadas sexualmente durante la preñez consumen más tabaco y alcohol durante este periodo que las que no cursan este estadio; asimismo, las mujeres abusadas físicamente durante la preñez consumen más tabaco, alcohol y drogas ilegales, y lo hacen de modo regular, que las que no lo han sido; la violencia durante la preñez puede causar un consumo fuerte de alcohol, más que en las no victimadas (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005; Breitbar, Chavkin y Wise, 1994; Woods, 1995). El presente programa pretende incidir en la pronta detección y el adecuado tratamiento de esta patología, que, a pesar de ser importante para la sociedad, ha sido ampliamente descuidada por muchas personas e incluso por los sistemas de salud, los cuales aún no cuentan con la posibilidad de ofrecer atención a esta amplia y particular demanda (APA, 2006). Por ello es una meta deseable la articulación interinstitucional que promueva de modo estructurado y armónico,

a escala comunitaria, regional y nacional, la más conveniente distribución posible de funciones y papeles.

Dadas las amplias repercusiones sociales de la epidemia adictiva, se hace patente la necesidad de aunar esfuerzos para ofrecer adecuados servicios a las pacientes y a sus hijos, proporcionándoles —así como a otras poblaciones vulnerables de ancianos, discapacitados, indígenas, grupos minoritarios, etc.— los ambientes óptimos para su desarrollo saludable, en el marco de una legislación que facilite la funcionalidad de que gozan otros servicios de salud en el país. Y a la par, realizar todo esfuerzo requerido para disminuir o allanar la violencia contra la mujer y el tratamiento profesional de los participantes del binomio agresor-agredido (Woods, 1995).

De la detección oportuna y el manejo adecuado del problema y su comorbilidad (Souza y Rochin) dependerán el beneficio colectivo anhelado y la satisfacción de quienes aportamos nuestro esfuerzo a este campo.

En suma, la utilización de drogas ilícitas por parte de la mujer embarazada conlleva una situación de alto riesgo para la madre, el feto y el recién nacido, en su caso. La droga consumida por la mujer gestante puede repercutir en el normal crecimiento fetal, en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina con manifestación de síndrome de abstinencia, y en el normal desarrollo posterior del niño.

En la práctica existen otras variables asociadas con el consumo de drogas durante la gestación que van a contribuir a una mayor morbilidad fetal o perinatal. La madre (gestante) consumidora de drogas no utiliza una única sustancia, sino que con frecuencia asocia otras drogas, consume tabaco y/o alcohol, además de presentar cuadros de malnutrición general, y puede tener algún tipo de padecimiento infeccioso.

Pueden padecer también enfermedades por transmisión sexual (ETS), como es el caso de sífilis o gonorreas, y enfermedades virales, entre las que destacan hepatitis B y C e infección por virus de la inmunodeficiencia humana, VIH/sida.

Las investigaciones que sobre este tema se han realizado por lo general no toman en cuenta las especificidades en la mujer. Los casos más frecuentes son los estudios que se enfocan en los efectos de las drogas en el estado de embarazo y nacimiento. A pesar de esta limitación en las investigaciones, existen algunas referencias que nos pueden ayudar para hacer un análisis de la situación de la mujer frente al uso indebido de drogas.

Varios autores señalan que, si bien es cierto que la mayoría de los consumidores de drogas ilícitas son hombres, no menos cierto es que cada vez más mujeres se dan al abuso de psicofármacos, en algunos casos indicados por médicos y en otros por automedicación (Sacks y Ries, 2005).

El consumo de drogas —tanto ilegales como legales— por la mujer es mal visto por la sociedad; por lo tanto se estigmatiza a quienes las consumen, generando en ellas sentimientos de culpa y vergüenza. Pero el consumo de

psicofármacos se asocia con problemas de salud, aunque estas sustancias sean adquiridas de forma ilegal y sin prescripción médica. La mujer recurre a los psicofármacos para calmar la tensión que se genera por las condiciones sociales y su situación de discriminación, así como por factores relacionados con aspectos individuales (McElhatton, Garbis, Elefant, Vial, Bellemin y Mastroiacovo, 1996). En relación con el consumo de alcohol, nuestro principal problema nacional de abuso y adicción, aunque el alcoholismo es mayor en hombres, en las últimas décadas su uso se ha incrementado en la mujer. Ello lo hace *a fortiori* un tema obligado en la agenda de la salud pública, en especial ahora que se dirigen esfuerzos organizados por los grupos interesados en cuidar más de la salud femenina, que durante muchos años ha permanecido subatendida.

CUADRO IX.1. *Principales factores teratógenos humanos*

1. Altas dosis de radiación
  a. Infecciones:
    i. virales, bacterianas u otras
    ii. citomegalovirus
    iii. arvovirus B19
    iv. rubéola
    v. sífilis
    vi. toxoplasmosis
    vii. varicela
2. Condiciones maternas:
  a. enfermedades congénitas o hereditarias
  b. diabetes
  c. fiebre
  d. lupus eritematoso
  e. fenilcetonuria no tratada
3. Sustancias
  a. medicamentos
  b. alcohol (crónico)
  c. cocaína
  d. tabaco
  e. heroína
  f. otros

FUENTE: Modificado de Shepard, Brent, Friedman, Jones, Miller y Moore, 2002; Goldschmidt, Day y Richardson, 2000.

En esa misma dirección, pero respecto de las malformaciones fetales, éstas ocurren en 3-6%, aproximadamente, de los embarazos. Estas estadísticas incluyen malformaciones de distinto origen, como las producidas por

infecciones, medicamentos y agentes químicos, estados de enfermedad maternos, causas genéticas, contaminación.

Comparados con las causas genéticas que dan cuenta de 25% de las malformaciones, los medicamentos son responsables de 1-5% de las malformaciones fetales. Existen estudios de seguimiento de mujeres embarazadas que indican que 90% de las mujeres ingiere al menos un medicamento durante el curso de su embarazo. La teratogenia en humanos no se puede predecir sólo con base en estudios en animales, ni tampoco se pueden extrapolar datos de un embarazo a otro.

Los estudios son limitados porque se pierde el seguimiento de la madre, o bien los datos de la madre son incompletos.

La elección de la mejor terapia para una paciente embarazada es complicada debido a la falta de información; por lo tanto los medicamentos deben ser prescritos por el médico tratante. La exposición a los agentes químicos y/o medicamentos durante el embarazo puede producir consecuencias adversas que se manifiestan en los siguientes periodos:

1. *Previo al nacimiento:* en el periodo prenatal, produciendo aborto espontáneo, muerte fetal o malformaciones.
2. *Durante el nacimiento*: da origen a malformaciones no detectadas en el útero.
3. *Después del nacimiento:* y en algunos casos, varios años después del nacimiento, se pueden manifestar problemas o defectos que presentan alteraciones en el desarrollo, funcionalidad o comportamiento (Polifka y Friedman, 2002; Shepard, Brent, Friedman, Jones, Miller y Moore, 2002). En relación con la teratogenicidad en seres humanos, se ha documentado que determinadas patologías y consecuencias patológicas son capaces de inducir o producir efectos teratógenos; entre ellas destacan las que se enlistan en los cuadros IX.1 y IX.2.

PSICOTRÓPICOS QUE PUEDEN TENER EFECTOS SOBRE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Opiáceos

Los opiáceos son drogas relativamente seguras para ser usadas en forma aislada durante el embarazo, aunque en los Estados Unidos la Food and Drug Administration (FDA) los ha clasificado dentro de la categoría restringida C (Goldschmidt, Day y Richardson, 2000). En el caso de la codeína, estudios de vigilancia a largo plazo sugieren una posible asociación con malformaciones de las vías respiratorias, aunque no hay estudios controlados que confirmen esto

(Physicians' Desk Reference 48th, comp., 1994). Parecería razonable evitar el uso de codeína en el primer trimestre del embarazo y recordar que algunos antitusígenos contienen codeína en su formulación. Muy diferente es la situación de pacientes con fármaco-dependencia a opiáceos, en los cuales, además de la droga abusada, pueden coexistir tabaquismo, alcoholismo y mala alimentación materna. Todas estas condiciones pueden comprometer al feto con malformaciones, retardo del crecimiento intrauterino e incluso síndrome de abstinencia neonatal (Rathmell, Viscomi y Ashburn, 1997). A lo anterior se agrega el riesgo de contraer infecciones bacterianas y virales, usualmente asociadas con el abuso de drogas por vía endovenosa (Physicians' Desk Reference 48th, comp., 1994). Los opiáceos más frecuentemente usados en anestesiología son fentanil, sufentanil, alfentanil, morfina, meperidina y tramadol. Éstos son seguros basados en la ausencia de reportes en la bibliografía de alteraciones fetales durante el embarazo, o bien por estudios observacionales que sugieren posibles asociaciones con defectos individuales, pero con una incidencia que no es mayor que la de la población general (categoría C de la FDA) (Goldschmidt, Day y Richardson, 2000). La administración de opiáceos en el periodo del parto tiene riesgos por posible depresión respiratoria neonatal; sin embargo, frente al antecedente, y con personal entrenado para la atención neonatal, esto es un problema menor.

CUADRO IX.2. *Consecuencias del uso de sustancias en el embarazo, desarrollo del feto, del recién nacido y del infante*

	Malformaciones	*Embarazo*	*Problemas posnatales*
Nicotina	Existe poca evidencia para la asociación entre el fumar durante el embarazo y anormalidades estructurales mayores. Sin embargo, se han reportado deformidades faciales, enfermedades cardiacas, congénitas y gástricas.	Aumentan el aborto espontáneo, la placenta previa, la mortalidad perinatal, la prematurez y el pobre crecimiento fetal. Algunas de estas anormalidades ocurren de acuerdo con las dosis. Cambios cardiorrespiratorios en la madre y el feto. Aumento en el ritmo cardiaco fetal; disminución de los movimientos fetales y la respiración; daño a la placenta y alteraciones en la oxigenación fetal.	El peso tiende a verse disminuido en aquellos bebés que estuvieron expuestos al cigarro. Sus pulmones se ven afectados por una incidencia elevada de enfermedades del tracto respiratorio bajo. La mayor parte de la evidencia apoya el vínculo entre la exposición al cigarro y el síndrome de muerte súbita.
Alcohol	Desde la descripción original del síndrome de alcoholismo fetal ha aparecido gran número de artículos documentando su existencia. El grupo de estudio e investigación de este síndrome utiliza tres criterios específicos para diagnosticar el SAF. Los criterios incluyen retardo pre o posnatal, anormalidades del sistema nervioso central y la dismorfología facial característica.	Se ha reportado de siete a 10 veces mayor probabilidad de mortalidad perinatal e infantil y la prematurez. Se ha documentado consistentemente una asociación entre altos niveles de exposición al alcohol (> 60 ml de alcohol absoluto por día) y el pobre crecimiento fetal.	Problemas de crecimiento. Estudios con electroencefalogramas de sueño han demostrado anormalidades tempranas y sostenidas de la función cerebral en infantes expuestos al alcohol.

	Malformaciones	*Embarazo*	*Problemas posnatales*
Mariguana	No se ha establecido relación unívoca entre el consumo de mariguana prenatal y malformaciones menores o mayores.	Los datos en relación con el embarazo y el crecimiento fetal son muy inconsistentes y no permiten un consenso, aunque se ha reportado bajo peso materno durante el embarazo	Sin importar en qué trimestre fue utilizada la mariguana, la exposición prenatal está asociada con problemas del ciclo del sueño y la motilidad. Asimismo, los niños presentan una menor eficiencia de sueño y se despiertan más después de haberse quedado dormidos, hasta los tres años. Recientemente se ha reportado su asociación con el desarrollo tardío de leucemia no linfoblástica infantil.
Heroína	Probable daño cromosómico.	Mortalidad infantil aumentada, acidosis fetal e hipoxia, disminución de la circunferencia de la cabeza.	Síndrome de abstinencia neonatal. Maduración de órganos mayores acelerada, entre ellos los pulmones y el hígado.
Cocaína	Diversos estudios han documentado anomalías genitourinarias y en el sistema cardiovascular, defectos en el esqueleto y perturbaciones vasculares en infantes expuestos a la cocaína *in utero*. Sin embargo, no existe un patrón consistente entre las anormalidades congénitas observadas.	La mayoría de los estudios clínicos documentan un aumento en problemas perinatales como aborto espontáneo, pobre cuidado prenatal, labor pretérmino, edad gestacional menor, menor tamaño del bebé al nacer y bebés pequeños para su edad gestacional. Complicaciones por enfermedades infecciosas, mayor riesgo de sífilis y de VIH.	El efecto potencial de la exposición a la cocaína durante el embarazo en el desarrollo del sistema nervioso central ha sido un área importante en los estudios clínicos. Se ha demostrado que hay mayores velocidades sistólicas, diastólicas y flujo en las arterias cerebrales. Además, esta elevación en la velocidad del flujo sanguíneo aumenta el riesgo de hemorragias intracraneales.

FUENTE: Behnke y Eyler, 1993.

El remifentanil merece comentario aparte ya que, dadas sus características farmacológicas, en particular su metabolismo por esterasas plasmáticas, es una droga que puede ser administrada en altas dosis por vía sistémica a la madre en el

periodo del parto, sin alterar la adaptación neonatal, ya que a pesar de que su traspaso placentario es cercano al 80%, la placenta y el feto metabolizan la droga en un 50%, por lo que el efecto neonatal es escaso (Rathmell, Viscomi y Ashburn, 1997). Aún no hay estudios disponibles sobre teratogenia; sin embargo, debería considerarse categoría C de la FDA, al igual que la mayoría de los opiáceos.

La meperidina es muy usada por los equipos obstétricos para manejo del dolor en etapas precoces del trabajo de parto. Este opiáceo sufre un gran metabolismo hepático a normeperidina, la cual posee una vida media muy prolongada (18 horas). Por consiguiente, la administración de meperidina en dosis repetidas o en pacientes con insuficiencia renal conlleva el riesgo de acumulación de su metabolito activo.

La metadona, usada en forma crónica en pacientes adictos o en rehabilitación por adicción a opiáceos, no se asocia con defectos congénitos; sin embargo, se ha vinculado con embarazos prolongados y aumento de peso del recién nacido, comparados con adictas a opiáceos no tratadas. Debe tenerse en cuenta que las adictas a opiáceos, tratadas o no con metadona, presentan tasas de crecimiento y peso menores que pacientes sanas. La metadona es categoría B de la FDA (Physicians' Desk Reference 48th, comp., 1994).

Hipnóticos

Todos los inductores anestésicos endovenosos atraviesan la barrera placentaria, alcanzando en el feto concentraciones suficientes como para deprimirlo, de modo que su uso debe realizarse siempre con cuidado y bajo la más estrecha vigilancia continua del personal de salud encargado.

Barbitúricos

El tiopental es el principal barbitúrico utilizado como inductor en anestesia general. Desde la década de 1950 se sabe que el tiopental atraviesa rápidamente la barrera placentaria luego de ser administrado a la madre (Kan, Hughes y Rosen, 1998). Sin embargo, el desconocimiento de cuál es la real cinética de traspaso hizo que se establecieran empíricamente dos posturas, las cuales perseguían las menores concentraciones fetales de la droga en el momento de nacer.

Una primera postura establecía que el nacimiento debía ser lo antes posible, tratando de anticiparse al momento en el que se alcanzan las concentraciones fetales más altas. La segunda postura procuraba encontrar los niveles fetales de la droga en descenso, dilatando por lo tanto el momento del nacimiento. Esta

ambigüedad en la conducta a seguir quedó aclarada en la década de 1980 con un trabajo que muestra que los niveles plasmáticos del feto suben por tres a cinco minutos luego de la administración de tiopental y luego descienden rápidamente por seis a ocho minutos (McKechnie y Converse, 1955).

En nuestro medio, donde la anestesia general se reserva para cesáreas de urgencia, por compromiso de la unidad feto-placentaria, el objetivo del equipo quirúrgico es extraer el feto lo antes posible luego de inducida la anestesia. La situación es diferente cuando se usan barbitúricos en forma crónica o bien en dosis aisladas pero en el primer trimestre del embarazo. En estas condiciones, los barbitúricos son categoría D de la FDA (Goldschmidt, Day y Richardson, 2000).

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son las principales drogas utilizadas como ansiolíticos, hipnóticos y como relajantes musculares en pacientes con dolor crónico. Todas atraviesan rápidamente la barrera placentaria y son eliminadas lentamente por el feto. De esta manera, tenemos que, para diazepam, la relación feto-materna es 1.0 pocos minutos después de la administración a la madre y alcanza una relación de 2.0 a la hora, lo cual indica la capacidad de ser acumulado (Kosaka, Takahashi y Mark, 1981; Mandelli, Morselly y Nordio, 1975; Erkkola, Kangas y Pekkarinen, 1973).

El lorazepam es un poco menos lipofílico, de manera que para alcanzar la relación feto-materna de 1.0 se demora aproximadamente tres horas (Jauniaux, Jurkovic y Lees, 1996). En el caso del midazolam, la relación feto-materna es de 0.76 a los 20 minutos de administrado a la madre y cae con mayor rapidez que en el caso de las dos benzodiacepinas antes mencionadas (McBride, Dundee, Moore *et al.*).

La administración de estas drogas durante el primer trimestre del embarazo se ha asociado con múltiples malformaciones fetales, muchas de las cuales se han puesto en duda, debido a que las madres que consumen este tipo de drogas además ingieren, en un alto porcentaje, alcohol y otras drogas ilícitas (Wilson, Dundee, Moore *et al.*, 1897; Bergman, Rosa y Baum, 1992). Es así como la administración de diazepam se ha asociado con fisura palatina, labio leporino y hernia inguinal congénita (McElhatton, 1994), por lo que debe considerarse categoría D de la FDA.

El uso de clordiazepóxido —actualmente no disponible en México— se ha asociado con enfermedades congénitas cardiacas, plegia espástica y atresia duodenal (Physicians' Desk Reference 48th, comp., 1994). El oxazepam se ha asociado con síndromes de dismorfia facial y defectos en el sistema nervioso central (Rosenberg, Mitchell, Parsells *et al.*, 1983).

Cuando estas drogas se utilizan cerca del momento del nacimiento, y debido a la lenta eliminación por el feto, pueden producir depresión respiratoria y síndrome de abstinencia en el recién nacido (Laegreid y Olegard, 1989).

En el caso del diazepam también se ha visto que aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia e hipotermia (McElhatton, 1994).

Antidepresivos

La fluoxetina, entre muchos otros antidepresivos nuevos, es uno de los más usados actualmente. Esta droga es un potente y específico inhibidor de la recaptura de serotonina. Su uso no se asocia con anomalías estructurales mayores durante el embarazo (Gazmararian, Adams y Saltzman, 1995). Se han realizado diversos estudios en ratas y conejos bajo tratamiento con fluoxetina a dosis entre nueve a 11 veces las recomendadas para humanos adultos y no han producido daño a los fetos. Dadas las evidencias actuales, es considerada categoría B de la FDA. Cuando se usa en el tercer trimestre se asocia con una peor adaptación neonatal junto a un menor peso y talla de nacimiento (Gazmararian, Adams y Saltzman, 1995). Durante la lactancia se han detectado niveles plasmáticos fetales entre 20 a 30% de los maternos, sin efectos adversos en los recién nacidos.

Existen algunos reportes de malformaciones congénitas en hijos de madres que usaron antidepresivos tricíclicos (clomipramina) durante el embarazo; sin embargo, esta relación no ha sido confirmada. En su estudio en animales no hubo efectos teratogénicos en ratas sometidas a dosis 20 veces superiores a las recomendadas en humanos. En este trabajo hubo efectos embriotóxicos y fetotóxicos leves no específicos luego de la administración de cinco a 10 veces la dosis humana recomendada para tratamiento antidepresivo. Debería ser considerada categoría C de la FDA. Durante la lactancia tendría que usarse con precaución, ya que pasa a la leche (Goldschmidt, Day y Richardson, 2000).

Anticonvulsivos

La teratogenicidad de las drogas anticonvulsivantes aparentemente está relacionada con su efecto sobre el metabolismo del ácido fólico. Además, interfieren con el metabolismo de la vitamina D y pueden causar osteomalacia, raquitismo e hipocalcemia prolongada en recién nacidos de madres tratadas con fenitoína o fenobarbital. La frecuencia de malformaciones en hijos de madres en tratamiento anticonvulsivante (fenobarbital y fenitoína) es dos a tres veces mayor que la población general. Aún no hay información definitiva sobre si la responsable de las alteraciones es la droga o la patología materna de base.

El embarazo normalmente disminuye los niveles plasmáticos de los anticonvulsivantes, por lo que se requiere aumentar las dosis y evaluar en forma frecuente su concentración plasmática para asegurar niveles terapéuticos (Scanlon, 1975). En hijos de usuarias de fenitoína se ha descrito un síndrome de hidantoína fetal, consistente en anormalidades craneofaciales, hipoplasia de uñas y dedos, microcefalia, retardo físico y mental, anomalías congénitas cardiacas y alteraciones del paladar. También se le ha atribuido un efecto carcinogénico transplacentario, correlacionándose con tumores como neuroblastoma y ganglioneuroblastoma.

La carbamazepina tiene una baja asociación con malformaciones pero no está exenta, en especial si se asocia con otros anticonvulsivantes. Se le han asociado defectos craneofaciales menores y de extremidades.

El ácido valproico y la trimetadiona están contraindicados por sus efectos teratogénicos (Gazmararian, Adams y Saltzman, 1995), en particular defectos en el tubo neural, con una incidencia de espina bífida de entre uno y dos por ciento (Espinoza, 1999).

Antimigrañosos

La ergotamina es una de las drogas clásicamente proscritas durante el embarazo. Pequeñas dosis de derivados del ergot tienen riesgo de efectos teratogénicos significativos, mientras que dosis mayores se asocian con contracturas uterinas y abortos. Durante la lactancia puede producir convulsiones y alteraciones gastrointestinales en el recién nacido.

El sumatriptán es un agonista serotoninérgico específico que se ha asociado con malformaciones en animales, aunque no se han registrado casos en la limitada experiencia en humanos. Hasta la fecha, se le reconoce una tasa de 4% de defectos de nacimiento, valor muy cercano a la tasa de malformaciones de la población general. Su uso durante la lactancia no ha sido estudiado a cabalidad. La recomendación es no utilizarlo durante este periodo.

Cafeína

Se trata de una metilxantina que se encuentra en una gran variedad de alimentos de origen vegetal, tales como café, té, chocolate y bebidas de cola. Además es usada como analgésico en las migrañas vasculares. El consumo moderado de cafeína, es decir, menos de 300 mg al día, no produce alteraciones fetales. Dosis mayores de cafeína se han asociado con bajo peso al nacer y algunos casos de arritmias fetales.

Estudios realizados desde la década de 1980 la relacionaron con retardo del crecimiento intrauterino; sin embargo, estos estudios no controlaron factores que pueden introducir confusión, como el hábito tabáquico (CDC, 1983). Como referencia, la mayoría de los analgésicos vendidos en la actualidad y que contienen cafeína en su formulación poseen entre 30 y 65 mg por dosis. A su vez, una taza de café tiene de 29 a 176 mg/taza de cafeína; una de té, de ocho a 107 mg/taza, y las bebidas de cola, de 32 a 65 mg/porción. El uso de cafeína en dosis moderadas durante la lactancia no afecta al recién nacido, ya que la leche materna usualmente contiene menos de 1% de la dosis materna, con valores máximos alcanzados una hora después de la ingestión (CDC, 1983). Una dosis excesiva puede generar irritabilidad en el recién nacido y alteraciones gastrointestinales.

Cocaína

Se trata de un alcaloide derivado de la planta *Erythroxylon coca*. Sus efectos deseados, tales como euforia, mejor estado de alerta y excitación sexual, son mediados por estimulación del sistema dopaminérgico, noradrenérgico y serotoninérgico. Estos neurotransmisores se acumulan por inhibición de su recaptura presináptica, bloqueo de mecanismos de unión de catecolaminas y estimulación del eje simpático-adrenal. El empleo de cocaína durante las primeras etapas del embarazo puede producir malformaciones congénitas, mientras que su utilización durante el resto del embarazo puede producir abortos espontáneos, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, distrés fetal, arritmias fetales, infarto cerebral perinatal y alteración del desarrollo posnatal (Bergman, Rosa y Baum, 1992).

Anfetaminas

Las anfetaminas son un grupo de drogas simpático-miméticas que producen una gran estimulación del sistema nervioso central. Sus efectos son similares a los de la cocaína. Con respecto a su potencial para producir malformaciones congénitas, varios estudios no han demostrado relación; sin embargo, algunos autores las han relacionado con un aumento en la incidencia de alteraciones cardiacas congénitas y anormalidades neurológicas (Zuckerman, Frank y Brown, 1995). Lo que sí está claro es su directa relación con alteraciones durante el embarazo, tales como retardo del crecimiento intrauterino, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, distrés fetal y mortalidad perinatal (Roache y Meisch, 1995).

Mariguana

Es una de las drogas ilícitas más usadas durante el embarazo. Habitualmente las usuarias de esta droga la asocian con alcohol y tabaco, por lo que sus efectos sobre el feto no son del todo claros; sin embargo, pareciera ser que su principal efecto es retardo del crecimiento intrauterino (McElhatton, 1994).

Alcohol

Es un teratógeno reconocido. Produce el síndrome alcohólico fetal, caracterizado por alteraciones multisistémicas tales como anormalidades del sistema nervioso central (hipotonía, retardo mental e irritabilidad), anomalías cardiacas (comunicación interauricular, comunicación interventricular, tetralogía de Fallot), alteraciones urológicas (defectos renales, hipospadia), alteraciones músculo-esqueléticas (hernias, escoliosis), etc. No existe un nivel seguro de ingesta diaria de alcohol que asegure el no desarrollo del síndrome.

Tabaco

Es muy frecuente su consumo durante el embarazo. Sus efectos en el feto son retardo del crecimiento intrauterino, aumento en la incidencia de parto prematuro y abortos espontáneos. Estos efectos están directamente relacionados con el número de cigarrillos consumidos y la etapa del embarazo en la cual se los consuma.

Otros

Además de los fármacos claramente teratogénicos, entre los que se encuentran yodo, mercurio, andrógenos, estrógenos (dietilbestrol), isotretinoína y talidomida, que ha sido reincorporada al arsenal terapéutico para el tratamiento del eritema nodoso, la lepra, el lupus eritematoso y otras afecciones (Birnbach, 1994), entre las drogas contraindicadas durante la lactancia destacan: ergotamina, litio, psicotrópicos (antidepresivos y antipsicóticos), metronidazol y drogas radiactivas. Estas últimas pueden ser administradas pero con la consideración de que debe suspenderse la lactancia por periodos determinados y, al reiniciarla, se deben medir los niveles de radiación de la leche (Van Dyke, 2000). La consideración en la que converge la mayor parte de los autores respecto del abuso de sustancias ilícitas es que se trata de un problema de salud pública, del cual la mujer en edad fértil, lamentablemente, no está ajena. De

hecho, el uso de cocaína en embarazadas es una de las patologías más frecuentes del embarazo, alcanzando incidencias de hasta 18% en algunas series. Si consideramos el problema en términos globales, aproximadamente un 15% de las mujeres en edad fértil abusa de una o más sustancias (Malhotra, Murphy y Kennedy, 2004).

Como puede observarse, la gran diversidad de fármacos disponibles en la actualidad hace necesario conocer el perfil farmacológico de cada una de las drogas prescritas en la paciente con riesgo de embarazo, que esté cursando un embarazo o que esté en periodo de lactancia. Esta somera revisión pretende resaltar los problemas de los fármacos más usados durante el embarazo y la lactancia, además de alertar sobre aquellos que pudieran ser nocivos tanto para el producto como para la madre (Rubin, 1998).

RESUMEN

Se describe la problemática de los trastornos relacionados con sustancias y su comorbilidad en mujeres gestantes, en el contexto de los recursos institucionales ambulatorios y residenciales que reflejan las actuales e insatisfechas necesidades sectoriales del país. La presentación de este programa de tratamiento pretende coadyuvar con las acciones del Sistema Nacional de Tratamiento Integral contra las Adicciones. La epidemiología y datos relativos a la condición clínica nacional e internacional de esta patología, así como la filosofía, objetivos y metas que integran la visión del programa, son referentes para su comprensión y apoyan las actividades contempladas para su desarrollo. Se discuten ciertas consideraciones relativas a la filosofía de la estrategia terapéutica en sus distintos niveles de actuación (prevención, tratamiento y rehabilitación, normatividad y enseñanza e investigación) y se plantean las acciones de colaboración que se espera realice el personal en los ámbitos de la salud, educativo y comunitario, con apego a la normatividad, para hacer de la participación institucional una forma eficiente de aprovechamiento de oportunidades que fortalezca la salud del tejido social, y cuyo enfoque dignifique la calidad de la atención de los grupos femeninos, sin menoscabo del beneficio equitativo de la pareja y la familia.

Se pretende alcanzar la articulación funcional de las instituciones participantes del sistema, que abarquen las escalas comunitaria, regional y nacional, con la más adecuada distribución unitaria posible de las funciones y papeles involucrados en la educación para la salud, con miras a obtener el más favorable impacto social.

* Modificado de Souza y Cruz, 2007a.

X. MENOPAUSIA Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DE LA MUJER*

EL CLIMATERIO se vincula a la edad de la mujer e induce cambios en todos los niveles de la economía corporal. La disminución fisiológica del estradiol circulante aparece de dos a ocho años antes del establecimiento formal del climaterio.

Este síndrome, que depende del grado y tiempo de la hipofunción ovárica, suele iniciarse con sintomatología neurovegetativa, a la que siguen cambios metabólicos en los órganos estrógeno-receptores (aparato urogenital, piel, metabolismo de lípidos, estructura ósea, etc.), los cuales afectan emocionalmente a la mujer, a su sistema familiar y a la sociedad. De ahí que la preocupación profesional se dirija al fomento de la calidad de vida (Blackwell y Blackwell, 1997) por medio de la autoactualización y autorrealización (Hawkins, 1990).

Durante la última década ha prevalecido en la bibliografía médica un patente interés por clarificar el papel de las hormonas en la respuesta emocional, conductual y en el bienestar femenino, tras los episodios de cambio en los niveles estrogénicos y la aparición de síntomas psicológicos en muchas de ellas.

Tal condición obedece a:

1. el "efecto *kindling*" en aquellas con disturbio psíquico previo;
2. la acción sobre la actividad del ritmo circadiano en las funciones neurovegetativas de la economía corporal;
3. el efecto del funcionamiento rítmico central entre el hipotálamo y la corteza cerebral, mediado, a la vez, por distintos sistemas de neurotransmisión.

Los datos en apoyo a dichas hipótesis provienen, a la vez, de:

1. estudios en animales;
2. distintas áreas de investigación que convergen en el estudio de los efectos colaterales de los anticonceptivos;
3. el estudio del talante y la respuesta psíquica relacionados con el ciclo menstrual;

4. la investigación sobre el estado emocional, que se deriva del cambio hormonal en la preñez y el climaterio;
5. el estudio de mujeres con distintos trastornos psiquiátricos (Brace y McCauley, 1997).

El climaterio, pese a ser un fenómeno estudiado de muchas formas y desde hace mucho tiempo, aún es mal comprendido.

Incluso suele percibirse de modo distinto entre las propias mujeres, al punto de que ciertas observaciones inquieren si se trata realmente de una enfermedad femenil o de un evento involutivo de la vida. Este dilema incluye la visión clínico-prospectiva: ¿ha de ser atendido desde la perspectiva terapéutica, o ha de observarse por quienes la cursan como otro de los muchos eventos por enfrentar? (Blackwell y Blackwell, 1997).

Descrita en la bibliografía como un periodo de pérdida y decaimiento, la menopausia, cuya relevancia se centra en la aparición acentuada de sentimientos de soledad, falta de compañía, pérdida de la belleza, rechazo y, en su conjunto, de "vacío" existencial, reúne síntomas a menudo contrastantes incluso entre los mismos ginecólogos (Defey, Storch, Cardozo, Díaz y Fernández, 1996). Algunos de ellos consideran este periodo como una oportunidad de desarrollo y actividad sexual libre, a pesar del decaimiento y la falta de proyectos para el futuro.

Las ginecólogas subrayan además la relevancia del periodo cesante como una etapa de crisis que puede promover, con una fuerza positivista, oportunidades y cambios en la vida, que consoliden un estado de crecimiento y autonomía (Defey, Storch, Cardozo, Díaz y Fernández, 1996). Como quiera que sea, desde el punto de vista biológico, y pese al cúmulo de conocimiento logrado, el episodio climatérico representa un asunto parcialmente dilucidado.

Se sabe poco de los cambios moleculares producidos en los tejidos cardiovasculares, y la información disponible continúa siendo controversial (Rosano y Mercuro, 1999). Aunque se estima que la comorbilidad de la patología en la adultez y su requerimiento terapéutico deben ser atendidos como cualquier otra entidad nosológica (Simon, Clayton, Clavet y Pinkerton, 1998), las razones psicodinámicas participantes (mecanismos inconscientes de negación, racionalización, proyección, etc.) llevan a la reiterada omisión de su reconocimiento y aceptación.

Lo mismo sucede en el plano de su presencia colectiva como fenómeno psicosocial (la mitad de la población lo enfrenta alguna vez), así como en la tarea asistencial de la salud. Más aún, en lo individual, su omisión merece ser interpretada no sólo como mera ignorancia o subestimación de algo amenazante y antiplacentero que se teme, sino como un deseo de alejamiento de la realidad (proceso de envejecimiento).

Ello da paso a distintas complicaciones, hoy por fortuna prevenibles (U. S. Department of Health and Human Services, 1995). En su conjunto, la

sintomatología psicoorgánica de la menopausia, íntimamente vinculada a los cambios hormonales del periodo cesante, se muestra además en:

1. las expectativas psicosociales y culturales manifiestas en la interpretación de la pérdida de la reproductividad;
2. la redefinición de las funciones conyugales y familiares;
3. el síndrome del "nido vacío";
4. el ataque a la femineidad y ciertos cambios del estatus (Robinson, 1996; Child-Clarke, 1996) que impactan decisivamente a la mujer en forma simultánea en varios niveles de su organización funcional y repercuten, por lo tanto, en la afectación de la dinámica de pareja, el bienestar familiar y la productividad social (Souza, 1996a).

En el marco de una nueva visión sociohistórica y psicosocial de la mujer y de lo femenino, una de muchas preocupaciones vinculadas a este periodo es la prevención de alteraciones cardiovasculares (Barrett-Connor, 1996; McKinney, Severino, McFall, Burry y Thompson, 1998), de la que existe mucha experiencia documentada acerca de la prescripción de estrógenos, debido a su doble acción:

1. a nivel de la corrección de los factores de riesgo;
2. por su efecto directo sobre la estructura y función de los vasos.

La terapia hormonal llamada sustitutiva o de remplazo, TRH, provoca diversos efectos sobre la salud, algunos de los cuales son negativos, otros positivos y otros más, desconocidos (Kerrick, Douglas y Carlson, 1996). Por ejemplo, reduce el riesgo de enfermedad coronaria en 50% y muestra efecto benéfico derivado de la disminución del colesterol de baja densidad y el aumento del colesterol de alta densidad sobre el endotelio de los vasos (Soma, Baetta y Crosignani, 1997).

Dicho efecto logra impactar los resultados de estudios epidemiológicos, confirmando la existencia de cierto beneficio en el riesgo de tromboembolismo durante los primeros doce meses de la hormonoterapia (Van der Graaf, De Kleijn y Van der Schouw, 1997; Sullivan y Fouwlkes, 1996; Gupta y Rymer, 1996). Todo esto está al margen de la atención y corrección de otros aspectos socioculturales, siempre relevantes en los casos que se involucran en su manejo (Prevelic y Jacobs, 1997), como es el cese de la adicción tabáquica, responsable del aumento súbito de peso en la mayoría de las pacientes (Burnette, Meilahn, Wing y Kuller, 1998; Hu, Grodstein, Hennekens y Colditz, 1998).

Asimismo, estudios longitudinales indican que la menopausia no influye en la producción de hipertensión o de riesgo cardiovascular. La hipertensión y la morbimortalidad observadas en este periodo, atribuibles a la edad y a otras condiciones de la economía corporal, así como a otros factores de riesgo, pueden estar presentes o no en estas pacientes; pero dicho periodo en sí mismo no se

considera cardiopatogénico (Sites, 1998; Sotelo y Johnson, 1997), aun cuando amerite la aplicación de distintas maniobras preventivas (Etchegoyen, Ortiz, Goya y Sala, 1995; Casiglia, D'Este, Ginocchio y Colangeli, 1996; Wild, Taylor y Knehans, 1995). Cabe señalar que el promedio de vida que sigue a la menopausia es de aproximadamente un tercio, y que las acciones realizadas tendrán un amplio provecho, por lo que vale mucho la pena esforzarse (Berg y Moore, 2000).

Comunicados internacionales acerca de la utilidad de la TRH la describen como el "tratamiento de elección" para los síntomas y riesgos asociados a largo plazo en este periodo. No obstante, de acuerdo con los resultados de investigaciones recientes que comparan regímenes hormonales y no hormonales (administración de estrógenos y estrógeno-progestágenos *versus* ejercicio programado, ejercicios respiratorios y psicoterapia), señalan que entre los síntomas clásicos del climaterio sólo tres se estiman como consecuencia de la hipofunción ovárica:

1. los bochornos;
2. los sudores nocturnos;
3. la sequedad vaginal (Hunter y Liao, 1995).

CUADRO X.1. *Depresión. Descripción general*

- Es la comorbilidad psiquiátrica más frecuente del climaterio.
- Su frecuencia (alguna vez en la vida) en mujeres oscila entre 20 y 26% y en hombres entre ocho y 12 por ciento.
- Se expresa clínicamente como síndrome premenstrual y depresión posparto.
- La mayor parte de los casos son vistos en medios de atención primaria, donde no suelen reconocerse.
- La correcta evaluación diagnóstica del médico general ocurre en 20% de los casos.

FUENTE: Modificado de Szewczyk y Chennault, 1997; Weissman y Klerman, 1977; Boyd y Weissman, 1981.

Las mujeres de personalidad ansiosa, con baja autoestima o depresivas, presentan una mayor frecuencia de bochornos y sudores nocturnos que las personas autoafirmativas y con mayor autocontrol (Hunter y Liao, 1995).

Así, la investigación aludida hace patente la alta eficacia del suministro de estrógenos, que deviene útil contra el insomnio asociado con los síntomas vasomotores nocturnos. Además, la aplicación tópica de estrógenos se ha reportado exitosa para los síntomas de sequedad vaginal y otras molestias urinarias o coitales (lubricación) (Coope, 1996), con excepción del deseo sexual hipoactivo, que se favorece más con testosterona (Coope, 1996) (cuadro X.1).

Cabe destacar que ciertos estudios afirman que la depresión, común entre las mujeres de edad media, no es un síntoma menopáusico específico sino una concomitancia factible, que afecta a una buena parte de las mujeres.

Y si bien la TRH mejora y estabiliza el talante durante el lapso perimenopáusico (Gath, 1998), no existe evidencia documental relacionada con los síndromes depresivos que siguen al climaterio. Ni siquiera las artralgias, síntomas relativamente frecuentes en este periodo, se consideran un síntoma menopáusico específico, ni tampoco la evidencia de la utilidad estrogenoterapéutica en el manejo de la artritis reumatoidea es concluyente aún.

Por ello, las conductas favorables a la salud, como el cese de la adicción tabáquica, la realización de ejercicio selectivo y el cuidado y mantenimiento del peso corporal, pueden lograrse parcial o totalmente gracias a la TRH (Coope, 1996), favorable en varios aspectos: sobre síntomas climatéricos, osteoporosis, patología cardiovascular, disminución del riesgo de tromboembolismos, favorecimiento de la circulación general y cáncer de mama (Rozenberg y Vásquez, 1998; Duffy, Greenberg, Younger y Ferraro, 1999). Sin embargo, en relación con este último, el riesgo no se ha aclarado: se debió haber hecho hincapié en que muchas de tales mujeres no tienen opción para elegir dicha terapéutica (Duffy, Greenberg, Younger y Ferraro, 1999).

En tal sentido, el manejo de la osteoporosis y las afecciones cardiovasculares incluye varias opciones farmacológicas (isofosfonato, calcitonina, estrógenos o moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, como el raloxifén, vitaminas, tratamientos herbales), ejercicio programado y otras modificaciones al estilo de vida, que solas o en combinación han ganado interés y aceptación en un segmento poblacional cada vez mayor en nuestro país.

De hecho, en los últimos años la TRH ha sido un importante tema de investigación en ginecología, psiquiatría y neurociencias debido, entre otras cosas, a que el sistema nervioso central, uno de los órganos blanco de las hormonas esteroides, sufre durante el periodo la rápida declinación sanguínea de los compuestos gonadales, provocando cambios neuroendócrinos en diferentes áreas cerebrales.

A nivel hipotalámico, la baja del nivel estrogénico habitual incrementa los síntomas vasculares, provoca trastornos alimentarios y defectos en el control de la presión sanguínea. A nivel psíquico, produce irritabilidad, afectación del talante y síndromes ansioso-depresivos inducidos por su efecto sobre el sistema límbico (Genazzani, Spinetti, Gallo y Nerbardi, 1999).

La hipótesis neuroanatomofisiológica de la especificidad de los efectos estrogénicos sobre el cerebro parece explicar la correlación de su deficiencia con los disturbios cognitivos, tal como ocurre en la demencia tipo Alzheimer (Genazzani, Spinetti, Gallo y Nerbardi, 1999).

El elevado interés en la influencia esteroidea sobre la función cerebral enfocó la atención en la TRH, a raíz de que distintos estudios clínicos y epidemiológicos

documentaron la conveniencia de la estrogenoterapia por su efecto sobre la inestabilidad vascular. Ésta puede mejorar pero, como es de esperarse, no erradica los disturbios psicológicos y de personalidad en las pacientes. Sin embargo, tal positividad sobre el talante puede correlacionarse con:

1. la estimulación del tono adrenérgico y serotoninérgico;
2. el incremento de la circulación total de cerebro y cerebelo;
3. la administración de glucosa cerebral;
4. el tono colinérgico.

De hecho, la acetilcolina es un neurotransmisor clave para la función del aprendizaje y la memoria, por lo que distintos estudios muestran evidencia de que la TRH puede reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer (Genazzani, Spinetti, Gallo y Nerbardi, 1999). Los progestágenos y los andrógenos, por su parte, también desempeñan una función en el control de los trastornos del afecto. No obstante, hoy se dispone de pocos datos respecto a la influencia selectiva de los receptores moduladores, una nueva clase de compuestos que pueden estimular el cerebro (Genazzani, Spinetti, Gallo y Nerbardi, 1999).

Cabe destacar, por otro lado, que la TRH favorece, asimismo, la corrección de la disfunción psicosexual de las pacientes (Pearce, Hawton y Blake, 1995; Pearce y Hawton, 1996), lo cual constituye una parte importante de la mejoría de la calidad de vida que plantea cualquier terapéutica integral.

Todo lo anterior induce a recomendar el creciente número de opciones que han de explicarse de manera individual para satisfacer sus necesidades muy particulares (Cutson, 2000). Por ejemplo, para el abordaje de los aspectos psiquiátricos de la comorbilidad menopáusica, en la actualidad se emplean distintos modelos preventivos, particularmente destinados a la depresión y a otros trastornos psiquiátricos (Simon, Clayton, Clavet y Pinkerton, 1998; Pearlstein, 1997; Pearlstein, Rosen y Stone, 1997; Haynes y Parry, 1998), debido a que tales problemas son un serio reto para los servicios médicos de atención primaria a la salud (cuadro X.2).

De hecho, la OMS ha señalado que, para el año 2020, las prioridades de salud mental serán la depresión y las adicciones (Souza, 2000e). Un tercio de los pacientes que acuden al médico reúne los criterios diagnósticos de tales entidades nosográficas (Kessler, Cleary y Burke, 1985; Levenson, 1990) y 75% cita trastornos por ansiedad, depresión (Roy-Burne, Katon y Broadhead, 1994) o mixtos (Zinbarg, Barlow y Liebowitz, 1994).

Los resultados de los estudios epidemiológicos más importantes realizados en los años ochenta (Regier, Myers y Kramer, 1984; Kessler, McGonagle y Zhao, 1994) señalan que las mujeres presentan los índices más altos de depresión (Kessler, McGonagle y Zhao, 1994; Kessler, McGonagle y Swartz, 1993),

ansiedad (Katon, Von Korff y Lin, 1992; Nagy y Krystal, 1994), somatización (Folks, Ford y Houck, 1994) y trastornos de la alimentación, así como consumo de fármacos psicoactivos legales (sedantes, ansiolíticos, antidepresivos), panorama que no sorprende al profesional de la salud, quien siempre ha observado los niveles psicopatológicos en la mujer. Lo que llama la atención, en todo caso, es que, no obstante tal identificación, el manejo adecuado del trastorno mental es aún insatisfactorio (Uy, 1997; Ransom, 1997; Weihs, 1997).

CUADRO X.2. *Factores etiopatogénicos de la depresión*

- Es un trastorno multifactorial de estirpe biopsicosocial.
- Participan los neurorreceptores de serotonina y noradrenalina.
- Las adolescentes se deprimen más que los adolescentes (13.3% versus 2.7%).
- El síndrome premenstrual favorece la depresión en etapas posteriores de la vida (depresión menor y posparto).
- Con la depresión empeoran los síntomas premenstruales.
- Se asocia con el uso de anticonceptivos.
- La depresión en familiares de primer grado es factor grave de riesgo.
- En el periodo premenstrual la paciente no es proclive a la depresión.
- El estudio del episodio depresivo predice futuros episodios.
- Quien presenta dos o más episodios tiene entre 80 y 90% de posibilidades de que se repitan.
- De las que padecieron episodio depresivo, más de 47% lo repetirá en los próximos cinco años.
- Los factores de riesgo participantes más allá de la adolescencia son similares entre los sexos.
- El intento suicida predice la depresión y puede ser su consecuencia.
- La depresión es más grave y frecuente en mujeres que enfrentan mayores problemas psicosociales.

FUENTE: Modificado de Weissman, Bland y Joyce, 1993; Parry, 1994; Avis, Brambilla y McKinlay, 1997; Yonkers y Austin, 1996.

DEPRESIÓN

Se trata de la comorbilidad psiquiátrica más frecuente del climaterio (Szewczyk y Chennault, 1997); es dos veces más frecuente en la mujer que en el varón, y su "exclusividad" se muestra en el síndrome premenstrual y la depresión posparto (cuadro X.3). Los resultados de investigaciones realizadas en distintos tipos de unidades clínicas indican que no existe una adecuada clasificación de la mayoría de las mujeres depresivas y comórbidas; más aún, su evaluación diagnóstica a

manos del médico general es todavía insuficiente (Uy, 1997; Ransom, 1997; Weihs, 1997).

CUADRO X.3. *Otros factores interactuantes de la depresión*

- Los trastornos psiquiátricos contribuyen a su inicio/refractariedad de manejo.
- Los rasgos de personalidad, la alta sensibilidad a normas socioculturales, la etnicidad y ciertos estereotipos importantes para la persona aumentan la vulnerabilidad.
- Las enfermedades severas precipitan la depresión y aumentan su morbimortalidad.
- La comorbilidad es factor que apoya el inicio tardío de la depresión: 50% de los hospitalizados la padecen, y aumentan su riesgo de muerte tres a cuatro veces en los primeros seis meses de evolución.
- La depresión se asocia con enfermedades femeninas prevalentes y con la prescripción de fármacos de utilidad terapéutica.
- La violencia familiar, el abuso sexual, el aborto, la muerte de los hijos y/o esposo.
- Participan la influencia sociocultural y los movimientos de cambio (las casadas se deprimen más que las solteras).
- La presencia femenina en ámbitos laborales de áreas productivas de alta responsabilidad y el conflicto de papeles tradicionales que producen una problemática vincular.
- La preferencia masculina en áreas laborales, la subconsideración de la productividad femenina y la explotación prevalente de la mujer en esferas laborales.
- El sentimiento de culpa por “abandono de los hijos” en personas con educación tradicional o sin actualización.
- El antecedente de acoso, abuso o violación sexual, así como el abuso y/o adicción de psicotrópicos.
- El incremento del número de familias con un solo progenitor (madre).
- Los conflictos de adaptación, descalificación del compañero y lucha de poder, la infidelidad, el divorcio y otros conflictos conyugales.

FUENTE: Modificado de Frasure-Smith, Lessperance y Talajic, 1993; McCormick, 1995; Brems, 1995. Entre 20 y 36% de las mujeres se deprime por lo menos una vez en su vida, en contraste con los varones, cuya cifra oscila entre 2 y 8% (Boyd y Weissman, 1981; Weissman, Bland y Joyce, 1993).

Esto muestra prevalencia de ciertos aspectos de género, que tienden a estabilizarse cuando se analiza su recurrencia en las distintas culturas (Weissman, Bland y Joyce, 1993).

La explicación invocada para las diferencias genéricas incluye desde los aspectos biológicos hasta los psicosociales. Algunos autores afirman que los

cambios hormonales son responsables de ello (Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Books-Gunn y Warren, 1989), ya que en la adolescencia las mujeres se deprimen más que los varones. La cifra de depresión femenina a esa edad es de 13.3%, mientras que la masculina es de 2.7% (Harris, Johns y Fung, 1989).

Además, la presencia del síndrome premenstrual favorece la depresión en etapas posteriores de la vida en su calidad de depresión menor y posparto (Parry, 1989), y durante la crisis depresiva las quejas se enfocan en el agravamiento de la sintomatología premenstrual (Herjanic y Reich, 1982; Pearlstein, Frank y Rivera, 1990), con la que se asocia, con alguna frecuencia, el uso de anticonceptivos (Yonkers y White, 1992).

En consecuencia, la visión biológica del climaterio refiere a la participación de cambios funcionales cerebrales en los neurorreceptores serotoninérgicos y noradrenérgicos (Bancroft y Sartorius, 1990; Halbreich, 1990), de modo que los factores de riesgo participantes más allá de la adolescencia actúan de modo similar entre los sexos, y se evidencian frente al análisis de los datos entre los 18 y 44 años de edad (Robins y Regier, 1991).

Los antecedentes de depresión en familiares de primer grado son un conocido factor de riesgo (Weissman, Gershon y Kidd, 1984), por lo que se ha podido documentar prácticamente el valor genético del trastorno en gemelos (Rice, Reich y Anderasen, 1984), no obstante que no se haya establecido su correlación con el inicio depresivo tardío, es decir, después de los 45 años (Kupfer, 1991).

Otro dato a considerar es que el estudio del episodio depresivo actual predice los futuros. Cerca de la mitad de las personas que presentan un episodio depresivo mayor lo repiten en los próximos cinco años. Las que presentan dos o más tienen entre 80 y 90% de posibilidades de repetirlo. Asimismo, el intento suicida predice la depresión y, a la vez, puede ser su consecuencia (Yonkers y Austin, 1996). Durante el periodo premenstrual las pacientes no están proclives a la depresión, excepto cuando la menopausia es quirúrgica o cuando se han sufrido episodios previos (Avis, Brambila y McKinlay, 1994). Cabe destacar que es mayor y más frecuente la depresión en mujeres con mayores problemas psicosociales. De ahí que la correcta evaluación de los síntomas perimenopáusicos sea útil en el manejo y pronóstico del caso (Souza, Montero, Cárdenas y Domínguez, 1987; Souza, 1988b). La presencia de otras alteraciones psiquiátricas (ansiedad, distimias, trastornos de personalidad, de la alimentación, sexuales u otros) contribuye eficazmente al inicio depresivo y a la refractariedad de su manejo (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999).

Determinados rasgos de personalidad como la dependencia, la evasión, el perfeccionismo, la autocrítica constante, la hipersensibilidad a las normas socioculturales, cierta etnicidad y algunos estereotipos importantes para la persona potencializan la vulnerabilidad depresiva. Las enfermedades severas a menudo precipitan la depresión y aumentan su morbimortalidad (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999).

La comorbilidad es otro factor que suscita depresión, ya que la mitad de las pacientes hospitalizadas la padecen, particularmente aquellas con cáncer, las operadas de cirugía radical, las infartadas, las que padecen shock, accidentes vasculares cerebrales o se sometieron a cirugía mayor, así como las politraumatizadas, en las primeras semanas de afectación médica o quirúrgica. En todas ellas el riesgo de muerte aumentó cuatro veces en los primeros seis meses de evolución (Frasure-Smith, Lessperance y Talajic, 1993).

La depresión se asocia también con enfermedades prevalentes en la mujer (tiroideas, la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso sistémico, el dolor crónico, pacientes abusadoras/adictas a psicotrópicos, psicofármacos o automedicación crónica). Del mismo modo, ciertos fármacos pueden facilitar la depresión (anticonceptivos, progestágenos, esteroides y betabloqueadores, entre otros); en el manejo de esta entidad suelen asociarse con éxito, al uso de estrógenos, antidepresivos, tranquilizantes u otros (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999).

Los factores sociales y psicosociales propiamente dichos contribuyen de forma destacada a los riesgos de depresión en mujeres e incluso en varones de igual edad. Así, por ejemplo, las casadas se deprimen más que las solteras; sin embargo, estas últimas, a su vez, lo hacen más que las “felizmente” casadas, lo cual remite a pensar en la mala calidad prevalente en las relaciones conyugales de la mayoría de las uniones (Kupfer, 1991; Yonkers y Austin, 1996; Avis, Brambila y McKinlay, 1994).

De igual modo, la violencia familiar, el abuso sexual, el aborto, la muerte de los hijos o del esposo se correlacionan estrechamente con la depresión y su comorbilidad, la cual empeora el pronóstico (Souza y Rochin, 1999; Souza, 2001e). Pero son las madres de hijos con déficit de atención e hiperactividad las que tienen la más alta incidencia de depresión mayor (17.9%) y menor (20.5%), comparadas con otras pacientes atendidas en unidades de atención primaria ambulatoria (4-6% y 6-14%, respectivamente) (McCormick, 1995).

Y, por supuesto, la influencia sociocultural es capaz de promover la depresión, tal como ocurre con exiliadas, integrantes de minorías indígenas o de grupos marginados, minusválidas, indigentes, etc. (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999). Por otro lado, cabe considerar la tendencia, de unos lustros a la fecha, relacionada con la cada vez más frecuente presencia de mujeres que laboran en áreas productivas de más alto rango y con mejor remuneración; dichas mujeres desempeñan cargos de mayor responsabilidad, que están en conflicto con los papeles tradicionales, lo que genera, a la vez, alteraciones de la relación vincular entre los protagonistas (Souza, 1996a).

A lo largo de muchos años en México prevaleció marcadamente la presencia masculina en las áreas laborales, aunada a una franca y desleal subconsideración de la actividad y la productividad femeninas. Ello trajo aparejados muchos problemas de relaciones erótico-sexuales y sociales a distintos niveles, causantes de reacciones ambivalentes de malestar, depresión y estados de ansiedad

inductores de comorbilidad, como el abuso y la adicción al etanol y el tabaco, entre otros (Souza, 2000e).

Dicha problemática, vinculada al malestar tradicional de las mujeres, procede además de que casi nunca se consideró su opinión y voluntad para participar en asuntos colectivos. Se les hizo sentir "falla y/o equivocación" cuando participaron en la productividad, lo cual afectó sobre todo a las mujeres educadas tradicionalmente o no actualizadas.

De ello se deriva la ambivalencia psicosocial actual respecto de la menopausia que, reprimida en este tipo de mujeres, genera conflictos internos y externos, problemas de adaptación y posturas individuales y grupales que repercuten en la familia y la sociedad, resultando en malestar, preservación de la desconfianza entre los sexos e incluso actuaciones defensivas y vengativas que se observan en la vida cotidiana (Souza y Rochin, 1999; Souza, 2001e). En la actualidad México cuenta con leyes que protegen a la mujer del acoso sexual y el utilitarismo existente en algunas esferas laborales, órbitas que se cerraron a la presencia femenina y sólo la admiten para utilizarla y explotarla.

A pesar de dicha legislación, y de la evolución ocurrida en casi tres decenios de esfuerzos reivindicativos, el quehacer doméstico sigue siendo en la mayoría de los casos responsabilidad de la mujer. El número de madres solteras es cada vez mayor. La intolerancia al cambio de roles es estresante y promueve afectación socioeconómica y susceptibilidad a otros trastornos físicos o psicosociales, que van desde accidentes, despidos, fallas de todo tipo, hasta cuadros de afectación mental graves como depresiones, adicciones o psicosis (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999; Souza, 2001e).

De ahí que resulte tan necesaria una eficaz labor clínica para su diagnóstico, manejo y, de modo especial, para su prevención (Souza, Montero, Cárdenas y Domínguez, 1987; Souza, 1988b).

Cuando el cuadro descrito dura las 24 horas de por lo menos dos semanas, se establece su diagnóstico (OMS, 1993; APA, 1995a). Para lo cual, por cierto, no se han definido diferencias patentes entre los sexos, aunque se sugiere en la mujer un cuadro de mayor incidencia de aumento de peso —por mayor apetito—, hipersomnia, disminución del deseo sexual y sensación de culpabilidad, tendencia a la hipocondriasis, ansiedad somática y enojo constante (Yonkers y Austin, 1996). Se estima que de 74% de las pacientes deprimidas que solicitan ayuda al médico general, sólo 20% se diagnostica (Yonkers y Austin, 1996; Perugi, Musetti y Simonini, 1990; Orleans, George y Houpt, 1985).

No hay duda de que el estigma de la enfermedad mental aún persiste en el escenario profesional (Eisenberg, 1992; Souza, 2000g). El manejo que debe asignarse de inmediato requiere varias intervenciones:

1. la farmacoterapia sola o combinada (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos o cualquier otro recurso sintomático que coadyuve a la

terapéutica ginecológica);
2. la psicoterapia (en sus modalidades individual, grupal, marital y/o familiar);
3. la asesoría y suministro de información educativa para la prevención de las recaídas;
4. la terapia cognitivo-conductual;
5. la terapia electroconvulsiva, si es el caso;
6. otras formas igualmente eficaces son la asesoría profesional a través de lectura, películas, pláticas grupales o grupos de ayuda mutua (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999; Schwenk, 1994; Seligman, 1995) (cuadros X.4 y X.5).

CUADRO X.4. *Elementos diagnósticos de depresión y dificultades*

- Pérdida de motivación, baja autoestima, tristeza, quejas somáticas variadas, pobre concentración, indecisión, disminución de la capacidad para el placer, trastornos del apetito y del sueño, pesadillas o sueños con angustia, fatiga fácil, retardo psicomotor o agitación, ansiedad e ideación suicida.
- La diferencia en el cuadro depresivo de hombres y mujeres se sugiere por la presencia en ellas de mayor incidencia de aumento de peso, hipersomnia, disminución de la libido y sensación de culpabilidad, tendencia a la hipocondriasis, ansiedad somática y enojo constante.
- El médico general y el especialista no psiquiatra no suelen buscar intencionalmente la sintomatología depresiva.
- El profesional de la salud evade el problema emocional de sus pacientes a causa de sus significados.
- Cuando el cuadro dura las 24 horas del día de por lo menos dos semanas, se diagnostica depresión (CIE-10; DMS-IV).
- El médico de primer contacto diagnostica como depresivas tan sólo a 20% de las pacientes.
- Persiste el estigma relativo a la enfermedad mental en el escenario clínico.

FUENTE: Modificado de Yonkers y Austin, 1996; Frank, Carpenter y Kipper, 1988; Perugi, Musetti y Simonini, 1997; Orleans, George y Houpt, 1985; Schwenk, 1994.

La respuesta resulta efectiva en 75% de la población medicada (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999), con rápido retorno (4-12 semanas) a la condición premórbida (Frasure-Smith, Lessperance y Talajic, 1993). Pero la dosificación inadecuada, el abuso del consumo o la adicción a psicotrópicos, los trastornos de personalidad y el diagnóstico inadecuado u otras condiciones del proceso de atención clínica son causa frecuente de empeoramiento y fomento de complicaciones (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999). Se precisa dedicar particular atención a los problemas de disfunción sexual resultantes de la enfermedad depresiva. Se sabe que porcentajes altos de tales pacientes (entre 60 y 80%)

tienen disfunción sexual previa al manejo farmacológico y 30% la adquieren a causa del manejo antidepresivo con ISRS (Thase y Kupfer, 1987).

El uso de otros fármacos (tricíclicos o IMAO) es recomendable en pacientes refractarias al manejo habitual, no obstante sus restricciones dietéticas y efectos colaterales (Herman, Brotman y Pollack, 1990). El manejo de todos los psicofármacos debe iniciarse con dosis bajas e incrementarse según el esquema dosis-respuesta.

Se recomienda un manejo por lapsos no menores a un año, con disminución gradual de la medicación y sin rebasar dicho lapso. Pocos pacientes requieren un tratamiento de por vida bajo supervisión médica.

CUADRO X.5. *Terapéutica de la depresión*

- El tratamiento requiere varios tipos de intervención.
- El tratamiento farmacológico (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos) coadyuva al manejo ginecológico.
- La psicoterapia (individual, grupal, conyugal, familiar), la asesoría e información educativa para la prevención de recaídas. La terapia cognitivo-conductual, la terapia electroconvulsiva y otras formas de asesoría profesional vía lectura, películas, grupos de ayuda mutua, solas o combinadas.
- El 75% de las pacientes mejora con antidepresivos.
- Se recomienda manejo con ISRS en pacientes regulares. Tricíclicos e IMAOS se prefieren para pacientes refractarios.
- El manejo a dosis bajas (según respuesta) por un lapso de un año con disminución gradual. El manejo de por vida lo requieren pocas pacientes (psicoterapia a largo plazo).
- El trastorno es recurrente: 75% lo presentará en los próximos diez años.
- La dosificación inadecuada, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad y diagnóstico inadecuado u otras condiciones del proceso clínico de atención son causa de empeoramiento y complicaciones.
- La disfunción sexual requiere especial atención, especialmente si se deriva del manejo de antidepresivos o de la depresión.
- Deberá mantenerse observación periódica, interconsulta en su caso y/o canalización u hospitalización oportuna.

FUENTE: Modificado de Seligman, 1995; Thase y Rush, 1995; Herman, Brotman y Pollack, 1997; Hirschfield y Schatzberg, 1994; Miller y Keitner, 1996.

Estas pacientes se benefician de la amplia participación en regímenes psicoterapéuticos (Frank, Kupfer y Perel, 1990; Miller y Keitner, 1996). Puesto que el trastorno es recurrente y 75% de ellas lo presentará en los próximos diez años, se deberá mantener bajo observación periódica y, de ser necesario, recurrir a una interconsulta, internación o derivación (Hirschfield y Schatzberg, 1994).

ANSIEDAD Y SOMATIZACIÓN

Otros trastornos muy frecuentes en la menopausia son la ansiedad y la somatización, de particular preocupación para el médico de primer contacto, porque estas pacientes se quejan a menudo de muchos malestares físicos a la vez, así como de trastornos graves o comunes en la medicina, asociados con angustia (*angina pectoris,* enfermedad pulmonar obstructiva) (Katon, Bitaliano y Russo, 1986).

En ellas la influencia del género no muestra grandes diferencias en cuanto a los problemas de ansiedad, que tienden a ser multifacéticos. Ambos géneros presentan casi por igual fobia a los insectos/animales, trastorno generalizado de pánico con agorafobia o sin ésta, agorafobia sola y trastorno obsesivo-compulsivo (Miranda, 1991; Nesse y Zamorski, 1997). No obstante, difieren en su comorbilidad, ya que la mujer padece más del trastorno depresivo, mientras que el hombre es más comórbido de patologías como el abuso de psicotrópicos o adicción a éstos, pero cualquiera de las dos condiciones dificulta el pronóstico (Weissman y Merikangas, 1986; Smoller y Pollack, 1995).

En el manejo de estos problemas la investigación del estado previo de estrés o bien de experiencias traumáticas en la vida es parte decisiva del interrogatorio clínico de todo paciente con ansiedad, para evitar la frecuente tendencia a la somatización. Un estudio *ad hoc* (Wilbur, Miller y Montgomery, 1995) realizado acerca de las actitudes positivas y negativas de las mujeres con edades entre 35 y 65 años en torno a su menopausia (N = 149) señaló que aquellas que se enfrentan positivamente al periodo fisiológico no lo padecen con tanta intensidad y sortean las dificultades con mayor facilidad que las que lo hacen de modo aprensivo y temeroso.

Estas últimas incrementan los síntomas y promueven vía somatización cambios emocionales derivados de sus temores y fantasías, presentando cuadros más floridos y de mayor duración.

La psicoterapia, al promover el análisis y la verbalización de los conflictos, se considera como estrategia decisiva en su manejo, ya que las quejas presentadas suelen estar imbricadas con problemas previos a la manifestación sintomática actual, y dichas quejas, por lo regular, son parte de una tendencia autodestructiva típica de quien se encuentra bajo estrés (Seligman, 1995; Miller y Keitner, 1996).

Aunado a ello, el efecto de la mirtazapina (de 15 a 45 mg/día), recomendable para síndromes depresivos solos o combinados con ansiedad (Falkai, 1999), u otros antidepresivos (amitriptilina, de 50 a 75 mg/día; sertralina a dosis de 50-75mg/día; venlafaxina 75 mg/día) son eficaces en el combate de los trastornos de pánico, el trastorno generalizado por ansiedad, el obsesivo-compulsivo, el de estrés postraumático y el disfórico premenstrual (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999; Falkai, 1999).

El manejo médico y/o psiquiátrico se beneficia también de cambios ambientales y otras medidas generales, especialmente el deporte, la recreación, la lectura y todos aquellos hábitos favorecedores (Folks, Ford y Houck, 1994; Miranda, 1991). Por su parte, la somatización, síntoma femenino común de esta etapa, evidencia que la paciente es incapaz de comunicar sus sentimientos y sensaciones, expresando por la vía corporal diversas quejas y conflictos (Frank, Weihs, Minerva y Lieberman, 1998).

A ello responde el hecho de que el objetivo psicoterapéutico se dirija al aprendizaje de la comunicación efectiva, directa y clara, y al mismo tiempo favorezca la expresión del malestar real, así como sus contenidos simbólicos para su reconocimiento y manejo preventivo-curativo.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los trastornos alimentarios ocurridos en la menopausia, más frecuentes en la mujer que en el varón, se presentan en la mujer joven en por lo menos 5% (Drewnoski, Lee y Kurth, 1994). Su forma más severa, anorexia nervosa, tiene una prevalencia de 1% y una mortalidad de 15 a 20% (Crisp, Callender y Halek, 1996); mientras que la bulimia, caracterizada esencialmente por hiperfagia compulsiva, tiene una prevalencia de 2 a 5% y una mortalidad de 3 a 8% (Polivy y Herman, 1985; Calloway, 1988). Sus manifestaciones más frecuentes (fatiga, pérdida del interés social, disminución del deseo sexual, desorganización cognitiva, depresión, preocupación morbosa por la comida y tendencia a comer de modo compulsivo cuando ésta se encuentra presente) (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999) guardan íntima relación con el funcionamiento metabólico corporal (Walsh y Garner, 1997). Además, se estima que los factores etiológicos culturales y psicosociales son muy poderosos para estas pacientes.

Considérese al efecto la ecuación: estructura corporal o "figura" y "deseabilidad social" y personal que, reforzada a través de la educación, los medios de información y otras presiones sociales (Polivy y Herman, 1985; Wonderlich y Brewerton, 1997), se posesiona de la mente de estas personas a modo de idea parásita, iterativa y casi inmodificable. Asimismo, los factores psicológicos personales, como la confusión de la identidad, el malestar por el desarrollo psicosexual normal y la necesidad de establecer sentido y control en un mundo descontrolado, se describen como elementos etiopatogénicos decisivos (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999). Los trastornos alimentarios se diagnostican más a menudo entre mujeres de 20 a 40 años, aun cuando suelen iniciarse en la adolescencia o el comienzo de la adultez (Bruch, 1979; Casper, Eckert y Halmi, 1980).

La violencia sexual en sus diversas modalidades (acoso, incesto, violación y abuso sexual conyugal) participa en calidad de uno de los elementos

ansiogénicos y depresógenos más destacados, productores de los trastornos alimentarios u otras afectaciones gastrointestinales descritas (Souza y Rochin, 1999; Souza, 2001e; Wonderlich y Brewerton, 1997). Así, a diferencia de las pacientes bulímicas, que tienen una ideación más congruente con su problema, la mayor parte de las anoréxicas tienen una imagen distorsionada de sí mismas.

Las pacientes con comorbilidad psiquiátrica y/o psicopatología importante, como abuso y/o adicción a psicotrópicos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno impulsivo de la personalidad, automutilación (Garner, 1982; Wilfley, Agras y Telch, 1993), a menudo reciben inadecuados tratamientos ambulatorios. Pero cuando se hospitaliza a la paciente es más fácil ofrecer manejo controlado y eficaz (control calórico y nutrición apropiada, monitoreo y asesoría conductual, psicoterapia individual y grupal, terapia psicoeducativa, etc.) (Wilfley, Agras y Telch, 1993; Fairburn y Marcus, 1993).

En dichas pacientes la duración del internamiento se asocia con un beneficio terapéutico mayor, y un alta precoz incrementa la comorbilidad y oscurece el pronóstico. En el manejo de estas entidades nosológicas se considera esencial la psicoeducación, la explicación a los pacientes de las consecuencias del hipermetabolismo y cómo refuerzan éstas el binomio continuo anorexia-bulimia. Asimismo, la psicoterapia a corto plazo (cognitivo-conductual e interpersonal) se reporta efectiva (Wilfley, Agras y Telch, 1993; Fairburn y Marcus, 1993).

Sin embargo, la primera involucra más apropiadamente la modificación específica de las ideas erróneas en relación con las creencias, valores y conductas vinculados a la ingestión de alimentos y el peso corporal. Las pacientes anoréxicas se ajustan menos a esta terapéutica, a pesar de proponerse metas establecidas a favor de la normalización de los hábitos nutricionales y las conductas de ingestión; además, muestran gran dificultad de adaptación, ante la cual sienten temor a la pérdida de sus miedos (defensividad sistemática) y temores irracionales respecto a su peso, por lo cual conviene reforzar la psicoterapia con manejo interpersonal simultáneo y la prescripción de antidepresivos ISRS (eficaces a dosis altas) que, junto con tranquilizantes u otros fármacos *ad hoc,* tienden a controlar la desviación patógena (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999; Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group, 1992; Stahl, 1998).

Asimismo, la terapia familiar —y en su caso la conyugal— son muy importantes, particularmente en pacientes más jóvenes. Dicha terapéutica puede reforzarse con la participación de otros recursos, como los grupos de ayuda mutua, siempre que no contravengan las metas curativas propuestas y sus procedimientos, ya que no todas las organizaciones paramédicas de ese tipo en nuestro país están capacitadas para el manejo profesional y especializado (médico, psicológico, psiquiátrico, psicoterapéutico) de los casos.

TRASTORNOS POR CONSUMO (ABUSO Y ADICCIÓN) DE PSICOTRÓPICOS

Por último, se debe señalar que, en la comorbilidad menopáusica, destaca la patología del abuso y adicción a psicotrópicos. La mujer consume el doble de fármacos legales que el hombre, prevalencia decisiva para el riesgo de su salud mental por su correlativa morbimortalidad. Sin embargo, es de estimar que la mayoría de los resultados de estudios disponibles proviene de trabajos realizados en hombres, pues desde hace relativamente poco tiempo se cuenta con la inclusión de muestras comparativas femeninas.

Tales trabajos reportan diferencias genéricas respecto de las sustancias de abuso, principalmente del etanol (Piazza, Vrbka y Yeager, 1988; Sokol, Martiers y Ager, 1986), con el cual los mecanismos fisiológicos en ambos sexos se relacionan con el proceso adictivo de la sustancia consumida. Las mujeres, al igual que los varones, abusan de psicotrópicos como respuesta al estrés, lo que incrementa el riesgo de contraer adicción, por su estrecha relación con la problemática psicosocial (Sokol, Martiers y Ager, 1986; Deikin y Buka, 1997). De ahí que el consumo abusivo de psicofármacos en la mujer se relacione fuertemente con la prevalencia de violencia social y la victimización femenina (Souza y Rochin, 1999; Souza, 2001e; Wonderlich y Brewerton, 1997).

El trauma que provoca la victimización sexual en la infancia se correlaciona, asimismo, con cuadros depresivos y el consumo abusivo de sustancias en la vida posterior (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999; Souza y Rochin, 1999). De hecho, los estudios en mujeres en tratamiento contra el abuso de sustancias muestran que la mayor parte de ellas tuvo antecedentes de violencia sexual en algún momento de su vida (Souza, 2001e; Duncan, Saunders y Kilpatrick, 1996). Ello sin tomar en cuenta que el ambiente social actual, por sí mismo, y otros elementos psicosociales son factores de riesgo para dicho consumo (Souza, 2000e). Una mujer casada o viuda tiene menor número de oportunidades de convertirse en consumidora fuerte de sustancias que una soltera, separada o divorciada.

De igual manera, la mujer con diferentes responsabilidades (trabajo, quehacer del hogar, hijos, etc.) muestra pocos problemas de abuso o adicción. Pero la privación, un polifacético e inesperado elemento psíquico, participa en ellas como un factor decisivo de patología, cuyas reacciones se evidencian también en la pérdida de trabajo, del papel de madre o en el divorcio, factores que aparecen como estadísticamente significativos para el incremento de la posibilidad de alcoholismo (Souza, 2000e).

En las mujeres casadas con un paciente alcohólico o en las que mantienen relación estrecha con una persona alcohólica el nivel de ingestión a menudo se hace semejante. En consecuencia, la historia social es de particular importancia para el desarrollo de problemas derivados del consumo de psicotrópicos (Souza, 2000e; Souza, 2001e). Esto sin considerar que la salud de la mujer se ve más afectada que la del varón cuando existen problemas familiares y de salud.

Se destaca, de igual modo, el hecho de que la fisiología femenina presenta una peculiaridad en su tolerancia al consumo etílico que la hace desarrollar

mayores incapacidades relacionadas con el abuso (Souza, 2000e) más rápidamente que los hombres, incluso a menor dosis-frecuencia comparativa (Frezza, Dipadova y Pozzato, 1990; Mazza y Dennerstein, 1996), lo cual impacta su comorbilidad, mostrando frecuencias de abuso crónico de alcohol entre 50 y 100% mayores que los hombres. Además, tienen mayor incidencia de suicidio, accidentes relacionados con su consumo, trastornos circulatorios y cirrosis hepática (Souza, 2000e; Mazza y Dennerstein, 1996; Longnecker, Berlin y Orza, 1988). Algunos estudios sugieren incluso la existencia de una relación —no demostrada— entre la dosis ingerida y el desarrollo de cáncer mamario (Racine y Joyce, 1993).

Por otro lado, en el varón las dosis moderadas de alcohol de dos o menos copas al día (60 ml) reducen el riesgo de enfermedad cardiaca, mientras que en la mujer sólo aquellas que reúnen factores de alto riesgo podrían resultar beneficiadas con dicho nivel de ingestión, al ingerir una copa o menos al día (30 ml). La razón de ello es la existencia de menor peso corporal y menor proporción de agua, lo que implica, a su vez, menor actividad de la enzima alcohol deshidrogenasa. Al diluirse el alcohol en sangre alcanza mayor concentración y resulta, por lo tanto, más dañino (Souza, 2000e; Sokol, Martiers y Ager, 1986; Mazza y Dennerstein, 1996). La preñez, por su parte, es un área de especial preocupación, sobre todo al relacionarse con el consumo de psicotrópicos, pues afecta simultáneamente la salud de madre y producto.

La embarazada a menudo suele eludir la discusión de su abuso o adicción (al alcohol o a otras sustancias). No lo reconoce por vergüenza, temor a la crítica o rechazo social, entre otros motivos, debido a las consecuencias directas e indirectas de la ingestión (aplicación, inyección, inhalación, etc.) del psicotrópico (Racine y Joyce, 1993; Teets, 1997), ni acude por tal motivo a servicios de tratamiento (Souza, 2000e).

Debido a ello, el interrogatorio y la exploración de la gestante deben incluir una rutina en pro de la detección precoz del abuso a sustancias o adicción a éstas (Teets, 1997; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998). Conviene destacar que sólo 5% de las personas consumidoras recibe tratamiento durante la preñez (Sokol, Martiers y Ager, 1986) y que más de 60% de las gestantes no obtiene información apropiada acerca de los riesgos de tal consumo (Luthar y Walsh, 1995; Gilligan, 1982).

Sin embargo, la mujer bebedora y/o consumidora de psicotrópicos acude a servicios de tratamiento antes que el varón (Hasin, Grant y Weinflash, 1989; Bien, Miller y Tonigan, 1998) y usa más los servicios de psiquiatría, mientras que el varón acude más a grupos de ayuda mutua.

Lo trascendente es que la mujer alcanza mayor lapso de abstinencia cuando es tratada con procedimientos médicos, comparados con el manejo de grupos de ayuda mutua; es decir, alcanza una recuperación mejor y en menos tiempo (Bien, Miller y Tonigan, 1998). Lamentablemente, no existen en México

programas terapéuticos diseñados *ex profeso* para la problemática femenina. En caso de crearlos habrá que contemplar la necesidad del cuidado infantil, los problemas de la administración económica doméstica, así como la falta de ayuda familiar y diversas modalidades del rechazo cuando ocurre adicción femenina, como el miedo a perder el derecho sociofamiliar, e incluso a los hijos, a consecuencia de la enfermedad adictiva.

Todas estas situaciones se resuelven con actividades, intervenciones psicosociales y programas terapéuticos breves (Souza, 2000e; Hasin, Grant y Weinflash, 1989; Bien, Miller y Tonigan, 1998), independientemente de que algunas pacientes, por su adicción (las adictas son generalmente poliusuarias), requieren manejo especializado (Souza, 2000e; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998). Y como la condición femenina propicia mayores y más prontas repercusiones directas del consumo tóxico, parece deseable que el profesional de la salud las capte cuanto antes, para favorecer el manejo del trastorno y disminuir su comorbilidad (Souza, 2000e; Luthar y Walsh, 1995).

El climaterio y su correlato psicoorgánico favorecen la presencia de enfermedades prevenibles. La mayoría de las pacientes se presenta a consulta por malestares psicosociales diagnosticables oportunamente. Por lo menos un tercio de las pacientes climatéricas atendidas por el médico de primer contacto muestra trastornos psiquiátricos.

En la paciente menopáusica las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales son muy frecuentes, especialmente depresión, ansiedad, somatización y problemas de la alimentación y abuso de psicotrópicos o adicción a éstos de forma aislada o como síndromes formales (Frank, Weihs, Minerva y Lieberman, 1998). De manera más aislada se presentan reacciones emocionales diversas relacionadas con estados agudos o crónicos de estrés, confusión de la identidad, disfunción sexual individual y/o de pareja, y necesidad imperiosa de establecer un sentimiento de control personal para enfrentar la vida.

Lamentablemente, no todas las personas de la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, relacionan las alteraciones del ciclo menstrual, la ingestión de anovulatorios, embarazo, posparto y climaterio, con estados emocionales alterados y su comorbilidad.

Ello se complica con el hecho de que en la sociedad padecer algún trastorno emocional es todavía un estigma que se rechaza o niega, antes que asignarle un manejo apropiado. A ello se debe también que muy pocas personas deseen asumir la responsabilidad de su salud afectada por estos malestares, especialmente cuando se vislumbran como asuntos conectados con la actividad psicosexual.

En tal sentido, se debe considerar que la atención a las características biológicas y psicosociales únicas de la mujer facilita las condiciones para el manejo de la problemática de esta etapa, la cual debe incluir terapia combinada

(farmacológica y psicoterapéutica), apoyada con todas aquellas medidas que tienden a corregir el malestar existencial.

Es preciso reconocer que el climaterio, en suma, no es sólo una etapa fisiológica capaz de generar trastornos, sino que representa también una oportunidad para la asunción personal de la libertad, como una responsabilidad individual a vencer, que factiblemente promueve el uso adecuado de las posibilidades de cambio en favor de una vida mejor. *El éxito de una sociedad se refleja en la forma en la que sus miembros han llegado a la vejez*.

RESUMEN

Considerada la comorbilidad psiquiátrica del climaterio en el contexto de una nueva visión histórica, política y psicosocial de la mujer y lo femenino, las recomendaciones de la bibliografía científica enfocadas a su atención devienen distintas de las observaciones tradicionales. Alcanzar una nueva y eficaz postura asistencial requiere superar los prejuicios prevalentes y lograr una adecuada actualización, para ser *realmente efectiva y acorde a las necesidades biopsicosociales de quien sufre la condición fisiológica*.

El cambio de función social de la mujer convoca a una genuina aceptación comunitaria (actualmente en proceso), que no consolida aún la actitud favorable requerida en la mentalidad colectiva de nuestro país para ofrecer mejores opciones de manejo a la problemática femenina y su comorbilidad.

Ello se refleja, incluso, en el manejo médico y psicológico de los casos, donde la mujer es la protagonista. Se presenta una breve discusión y algunas recomendaciones con fines de divulgación.

* Modificado de Souza, 2002f.

XI. ASIMETRÍA MADURACIONAL CEREBRAL Y CONDUCTA*

LA PROBLEMÁTICA actual de la neuropsiquiatría, la psicología y la psicoterapia hace necesarios importantes objetivos pragmáticos para la formación y actualización de los profesionales de la salud, los cuales se plasman en las reuniones de las sociedades, asociaciones científicas y colegios de la especialidad (Souza, 1999a).

Sin embargo, algunos de los asuntos que se intenta dirimir, como la asimetría cerebral por déficit maduracional, tanto por su diversa etiología como por el pobre manejo que reciben los pacientes a manos de los distintos profesionales, hacen pensar que ciertos temas de la psiconeuroclínica relacionados con la conducta permanecen inconclusos.

En el panorama científico de nuestros días este tópico es aún confuso; la bibliografía no ha esclarecido las interrogantes en torno a él y, aunque surge en el inicio mismo del desarrollo de las neurociencias, continúa en el "cajón de los pendientes", pues a pesar de la experiencia clínica acumulada y el conocimiento disponible (los que por cierto son cada vez más desarrollados y precisos), las piezas del "rompecabezas" de lo que podría denominarse el "mapa anatomofuncional y clínico del cerebro humano" por ahora no parecen poder integrarse (Souza, 1998a).

De ahí que, frente a la imposibilidad de establecer un correlato patoneurológico documentado para explicar la fisiopatología de un grupo de trastornos de conducta como la hiperquinesia y otros, se acuñen términos imprecisos que no describen cabalmente la "disfunción cerebral mínima", cuando debían encaminarse a clarificar —pero sobre todo a fundamentar— los hallazgos que se han dado en el ámbito especializado de la atención de estos trastornos. Pero no se ha logrado una conceptualización clara y homogénea, lo que redunda en el manejo fragmentario, coordinado y caótico de la problemática de tales pacientes (Souza, 1999a). En el psicoanálisis, lo mismo que en otras formas de psicoterapia, *analizar* es fundamentalmente *interpretar*. El análisis de la transferencia y de la resistencia es elemento esencial para esa tarea, pero fuera de la técnica analítica, en los campos de la investigación clínica aplicada analizar

no es interpretar, sino *describir, deducir, clarificar* y, cuando sea posible, *ofrecer una idea global y acabada del caso o asunto de que se trata*.

Estudiar un problema significa desmenuzarlo, para luego intentar explicarlo e integrarlo quizás en forma correlativa, *siempre que ello sea posible*. Sin embargo, la explicación correlativa dable en un fenómeno estudiado no depende, en principio, *tan sólo del análisis que se haga,* aunque éste sea una técnica para llegar al conocimiento, ya que el fenómeno analizado puede representar, en sí mismo, *un problema cuyas partes integrantes sean o no correlacionables* (Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 1999).

Además, se presentan múltiples fenómenos en la naturaleza cuyo estudio y análisis cuidadoso sólo permiten llegar a establecer *que no existe —por ahora— una explicación causal única o relacionable entre sus elementos conocidos,* como por ejemplo el problema del esclarecimiento del origen de la vida, y más específicamente el de sus consecuencias: las mil y una maneras de darle sentido a ésta... (Souza, 1999f). Las investigaciones actuales no muestran una asociación *obligada* entre la alteración debida a la asimetría maduracional medida por el EEG y/o los potenciales evocados de latencia tardía (PELT) y la expresión de la patología que afecta el comportamiento y el desempeño escolar (Gerez, Tello, Serrano Ibarra y Malet, 1999).

Ello puede ser resultado de distintos factores:

1. un defecto de la técnica, que por sí misma no alcanza a dar cuenta sino de manera parcial del asunto que investiga;
2. una insuficiencia del conocimiento en términos de la imposibilidad de comprender y valorar la magnitud del caso analizado, y con ello un sesgo en la opinión acerca del fenómeno que se investiga; una equivocación en el procedimiento interpretativo;
3. una distorsión involuntaria ocasionada por el deseo del investigador de establecer una herramienta metodológica con la cual producir el nexo de ayuda a quienes padecen el problema y, consecuentemente,
4. una recepción reduccionista de las alteraciones neurales como único nivel de aproximación de la conducta patológica infantil o incluso adulta; o varias de estas premisas a la vez (Souza, 1999a).

Friedlund, de la Universidad de Pensilvania (Friedlund, 1988), publicó hace años una discusión sobre la asimetría y la lateralidad de la función neuromuscular de la cara. Su trabajo presentaba distintos modelos de participación hemisférica en la expresividad emocional que tal asimetría implica y su lateralidad funcional, pero no planteaba conclusiones contundentes.

No obstante, afirmó que el uso adecuado de las pruebas es esencial, aunque en ocasiones la serendipia de los datos encontrados a modo de hallazgo confunde

al clínico, lo que sucede por ejemplo cuando no existe sintomatología que motive o justifique el examen (Friedlund, 1988).

Pero aun cuando aquélla se presente, es deseable que para su valoración las pruebas pasen por un proceso de selección operativa que permita discriminar utilidad y solicitud, cuando haya altas probabilidades de alcanzar una verdadera ventaja y validez a fin de que se integre una secuencia correlativa entre la sintomatología clínica y los hallazgos resultantes de las pruebas, los análisis, etcétera.

De hecho, el uso un tanto abusivo del EEG para interpretar y extrapolar los hallazgos ha sido un problema durante los últimos decenios (Friedlund, 1988). También lo son las rutinas de exploración hospitalarias, como la que sigue el Massachusetts General Hospital de Boston, Estados Unidos, que practica una amplia gama de pruebas de rutina para valoración de inicio y en profundidad a todo individuo que solicita ser atendido, aunque sólo acuda a hacerse una revisión.

Como contraparte de lo expuesto, cabe señalar que existen otros modelos de abordaje terapéutico más mesurados, basados en criterios de costo-beneficio y de mayor "rentabilidad" clínica, según los cuales *sólo se autorizan para su solicitud las pruebas y análisis indicados que puedan justificarse en cada caso*. Pero como en la pugna entre una y otra posturas (el uso "religioso y sistemático" de pruebas de laboratorio, gabinete, clínicas, etc., por un lado, y su subconsideración, por otro) se presentan argumentos ciertamente válidos desde una u otra perspectiva, la aguerrida discusión permanece latente.

En tal sentido, algo muy semejante puede decirse del EEG, de las pruebas de laboratorio (desde las simples hasta las complejas), e incluso de otras avanzadas tecnologías radiológicas, más sofisticadas y de moda.

En todo caso, y para desarrollar la discusión del tema, convendría precisar dentro del gremio *la definición operacional de la asimetría de maduración cerebral,* ya que ésta puede referirse tanto a aquella que es resultado de la patología (debida a la falta de maduración de uno u otro hemisferio o a un desarrollo cerebral asimétrico anormal) como a aquella que resulta de la falta de estimulación o de experiencias de aprendizaje, lo que establece un diferencial de funciones derivadas de un hemisferio con respecto al otro.

Nótese cómo el origen de la asimetría (en especial en niños) complica el correlato clínico-nosológico-terapéutico y ensombrece el pronóstico de los casos, pues una u otra posibilidad (etiología única o mixta de la asimetría) tiene amplias y diferentes consecuencias.

De ahí que deba considerarse que la asimetría puede estar lo mismo determinada por factores genéticos u hormonales que producirse por agresiones al sistema nervioso central, e incluso modificarse a lo largo de la infancia por la interacción de factores ambientales.

Además, y esto es esencial en la discusión del problema, es posible que cuadros mucho menos severos o más difusos, como los trastornos de atención y conducta, se presenten por un desbalance en la maduración de zonas que no son intrínsecamente anormales; es decir, que lo que produce la anormalidad es un desbalance derivado de una afectación poco significativa o leve de ciertas zonas, las que no denotan alteraciones estructurales o neurofisiológicas *gruesas,* por lo que existen variaciones a lo esperado electrofisiológicamente que no producen compromiso sintomático (Holman y Rice, 1996; Onufriev, Akimov, Lazareva y Guliaeva, 1996). Con esto se señala un asunto real y de gran relevancia, no sólo para ser investigado más a fondo en relación con los trastornos de conducta, sino para ahondar en el conocimiento normal y patológico del funcionamiento de la víscera magna (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). De hecho, ya otros autores han reportado la existencia de anormalidades en la actividad eléctrica cerebral en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, particularmente un incremento en la actividad de las ondas theta (4-8 Hz) en regiones frontales y centrales, en su potencia tanto absoluta como relativa, y disminuciones en la actividad beta de localización frontotemporal (Mann, Lubar, Zimmerman, Miller y Muenche, 1991).

El EEG de los niños con este trastorno y otras alteraciones orgánicas que tienen influencia sobre el aprendizaje muestra actividad theta excesiva (4-8 Hz). Es importante destacar que el poder de predicción fue de 97%, considerando todas las variables, y de 80% cuando sólo se tomó en cuenta el aumento de actividad theta frontotemporal. Distintas investigaciones apuntan que más de 60% de los niños con trastornos por déficit de atención presentan anormalidades en el EEG (Muehl, Knott y Benton, 1965). Se ha documentado también la existencia de hipoperfusión focal cerebral en niños con dislexia y problemas de conducta (Lubar y Lubar, 1984) e incluso se ha descrito la participación en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad del lóbulo temporal (Lou, Hendriksen, Bruhn y Psych, 1984), porción cerebral encargada de las funciones de naturaleza ejecutiva, tales como desarrollar planes y organizar recursos, así como del control inhibitorio de tipo motor y de la atención, donde se desatienden estímulos distractores o irrelevantes (Barabasz y Barabasz, 1996).

Asimismo, se ha corroborado que las zonas cerebrales con mayor concentración de dopamina y noradrenalina son precisamente aquellas en las que actúan los fármacos de "elección", como el metilfenidato, la tioridazina, la carbamacepina, la imipramina y el valproato, entre otros (Chelune, Ferguson, Koon y Dickey, 1986). El lóbulo frontal derecho también participa del control de la función visomotora, tal como la continuación de una secuencia de actividades motrices requeridas (Gualtieri e Hicks, 1985). Además, se ha señalado con considerable evidencia a la disfunción frontal derecha como base del trastorno por déficit de atención (Hynd, Semurd-Clikeman, Loyrs, Novey y Eliopulos, 1990; Lou, Hendriksen, Bruhn, Borner y Nuilsen, 1989; Schaughency e Hynd,

1989; Voeller y Heuilman, 1989; Shaywitz y Shaywitz, 1988; Hynd, Herm, Voeller y Marshal, 1991).

A diferencia de las evaluaciones neurológicas rutinarias que no alcanzan a revelar anormalidades en quienes presentan este trastorno deficitario de la atención (Posner, Peterson, Fox y Raichle), existen procedimientos avanzados de neuroimagenología que muestran una asimetría morfológica que consiste en un lóbulo frontal derecho mayor que el izquierdo (Venneman, 1991).

También se ha encontrado una disminución del *quantum* de norepinefrina, la cual es relevante en el procesamiento de la atención y la vigilancia realizado por el hemisferio derecho (Cerezo, Grinberg, Schettino y Attie, 1994). Por la bibliografía mundial se sabe de la existencia de investigaciones de tipo experimental sobre la asimetría neurofisiológica, pero como no están necesariamente referidas a la maduración cerebral no tienen aplicación clínica inmediata. Llaman la atención especialmente tres de éstas.

En primer lugar, está el trabajo de Venneman, quien entrenó a tres sujetos para que lograran un estado de ondas cerebrales alfa-theta con el cual pudieran incrementar la sincronización interhemisférica al aumentar la cantidad de señales alfa y theta presentes bilateralmente (Wolpaw y McFarland, 1994).

También está el de Cerezo y colaboradores, quienes estudiaron los efectos del tiempo (intervalos de una semana) en sesiones de entrenamiento dirigidas a la eficacia de la retroalimentación para aumentar la coherencia interhemisférica de los valores del EEG (Lubar, Mann, Ross y Shively, 1991). En tercer lugar, está el de Wolpaw y colaboradores, quienes entrenaron a cinco sujetos adultos para adquirir control simultáneo de la suma y diferencia de amplitudes del EEG entre el hemisferio derecho y el izquierdo (Lubar, 1995). Ahora, de modo complementario, es preciso aclarar que no es ociosa la reflexión sobre el hecho de que la actividad eléctrica cerebral tiene cierto grado de variación aun dentro de los parámetros neurofisiológicos normales, los cuales pueden ser influidos, como se sabe, por variables tales como el estado de alerta o vigilia, la edad y el consumo de psicofármacos, entre muchos otros.

Lo relevante sería saber si la actividad eléctrica de fondo tomada a una muestra de pacientes, en su calidad de promedio de la actividad por minuto en el caso del EEG y por segundo en los PELT, podría considerarse representativa de la actividad predominante en cada sujeto en condiciones normales durante su funcionamiento en vigilia.

Tal es el caso de la investigación cuyo objetivo fue detectar las anormalidades referentes a la asimetría del funcionamiento cerebral y asociarlas con disfunciones conductuales o cognitivas, ya como diagnóstico o como alteraciones del aprendizaje (Gerez, Tello, Serrano Ibarra y Malet, 1999).

El problema de dicho estudio es que, al comparar la asimetría encontrada en el EEG y las diferencias entre el rendimiento de la escala verbal y la de ejecución

del WISC-r, se asume que tal asimetría, en cuanto al rendimiento, equivale a la asimetría del funcionamiento cerebral interhemisférico.

Es decir, aunque las funciones verbales en general están reguladas por el hemisferio izquierdo y las visoperceptuales de ejecución por el derecho, hay algunos parámetros de las tareas verbales que se regulan por el hemisferio derecho, por lo que resolver cierto requisito de la tarea depende del tipo de estrategia que entre en función en un momento dado (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). Por ejemplo, en la prueba de retención de dígitos, el sujeto puede emplear una estrategia basada en evocar la entonación (rima, secuencia sonora, tono, etc.) de los números que debe recordar, lo cual implica una mayor participación del hemisferio derecho, o bien puede utilizar una estrategia apoyada en la memoria verbal, utilizando así predominantemente el hemisferio izquierdo.

En el caso de las pruebas de comprensión y semejanzas, dada la complejidad de las tareas (procesos de comprensión del lenguaje, inferencia lógica, formación de conceptos abstractos, conocimiento de reglas sociales implícitas, resolución de problemas, etc.), es evidente la participación de ambos hemisferios y de todos los lóbulos en un proceso por demás interactuante y complejo (Souza, 1999a). En cuanto a las opciones de tratamiento dirigidas específicamente a equilibrar la maduración de la actividad eléctrica cerebral, meta muy deseable de la terapéutica aplicada a estos casos (Souza, 1999a; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994), cabe señalar que las investigaciones de Lubar desarrollaron protocolos de diagnóstico y tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad con la técnica de *neurofeedback,* sobre la base de las alteraciones neurológicas y el funcionamiento cerebral encontrados en este trastorno.

El autor sostiene que los niños con trastorno por déficit de atención puro responden muy bien al manejo con *neurofeedback,* de la misma manera en que los niños con hiperquinesia responden a los estimulantes (Janzen, Graap, Stephanson, Marshall y Fitzimmons, 1995; Tansey, 1990).

Este procedimiento es una forma de biorretroalimentación asociada con un aspecto específico de la actividad eléctrica cerebral, como la frecuencia, la localización, la amplitud o la duración de la actividad en el EEG.

Las premisas básicas para el entrenamiento con *neurofeedback* (retroalimentación combinada con instrucciones apropiadas que aumentan o suprimen la actividad electroencefalográfica) dan por hecho que existe una relación ordenada entre algún aspecto de la actividad eléctrica cerebral y una condición clínica o estado conductual asociado, y que el entrenamiento con este método es efectivo para modificar o controlar ese patrón eléctrico anormal (Janzen, Graap, Stephanson, Marshall y Fitzimmons, 1995; Tansey, 1985).

Su objetivo es ayudar a los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad a regular sus patrones de ondas cerebrales para aproximarse lo más posible a los patrones de los niños con rendimiento normal; está dirigido a

lograr la meta de enseñar a los niños a disminuir la proporción de actividad theta y a incrementar simultáneamente la actividad beta (Tansey, 1985).

En esta misma dirección, Tansey encontró que los niños con trastornos específicos de aprendizaje (no relacionados con déficit de atención) pueden mejorar su rendimiento intelectual (Tansey y Wechsler). Años más tarde publicó un estudio de caso longitudinal de diez años que apoya la estabilidad del *neurofeedback* para el trastorno hiperactivo (Tansey, 1993) pero, como puede apreciarse, se trata de un solo caso. Se considera que otras opciones a futuro, en cuanto a terapias encaminadas a equilibrar la maduración interhemisférica, son las intervenciones potenciales del tipo de las tareas neuropsicológicas utilizadas para la evaluación de funciones y detección de daño cerebral.

Dichas tareas requieren, de modo selectivo, el uso predominante de estrategias o procesamientos (analítico, secuencial o verbal) dirigidos por el hemisferio izquierdo, así como estrategias (visoconstructivas, visoespaciales y de procesamiento simultáneo, llamado gestáltico) dirigidas por el derecho (Souza, 1999a).

Además, cabe señalar que una aproximación diferente al problema consiste en conocer el factor específico que se asocia con la alteración neurofisiológica o que incide en ella para cada caso (hipoxia neonatal, traumatismo craneoencefálico, retardo en el desarrollo, falta de estimulación en la infancia o la niñez, trastornos del sueño o de tipo epiléptico, diagnóstico psiquiátrico específico, etc.) y atacar el problema concentrándose, en la medida de lo posible, en su etiología particular, pues la corrección o maduración cerebral podrá ser o no consecuencia de la resolución del factor causal subyacente a la alteración neurofisiológica.

Una condición clínica aceptada ampliamente es el hecho de que tiene más sentido y más posibilidades rehabilitatorias abordar la causa del problema, cuando esto es posible, que intentar modificar una manifestación sintomática (Souza, 1999a). Por lo tanto, cabe cuestionarse si las alteraciones en la actividad eléctrica cerebral constituyen una manifestación de un trastorno subyacente o si son el origen y el centro mismo del trastorno, es decir, si se trata del factor causal de la sintomatología conductual.

Independientemente de que, por inmadurez, en un momento dado se puede confundir la anormalidad de tipo neurológico con la de tipo psíquico o emocional (cuyo traslape es por demás factible) (Barabasz y Barabasz, 1996), hay que considerar que la anormalidad estadística no siempre corresponde con la clínica, y que los modelos normativos que por lo común se utilizan en estos estudios no siempre toman en cuenta el origen o punto de corte entre la patología y la normalidad.

Además, si bien ambas condiciones permiten hacer inferencias probabilísticas sobre las tendencias del grupo estudiado, no alcanzan a garantizar la tendencia que seguirá cada caso en particular (Souza, 1999a). En relación con los estudios

que utilizan los PELT (Gerez, Tello, Serrano Ibarra y Malet, 1999), se ha encontrado que la latencia media del parámetro denominado P300 en la población adulta varía inversamente al coeficiente de inteligencia (CI), por lo que este dato debe ser tomado con mucha cautela, pues existen por lo menos diez interpretaciones de lo que refleja y mide este parámetro (expectativa, sorpresa, memoria inmediata, memoria sensorial, identificación perceptual de diferencias, percepción de la inversión de la secuencia, etcétera).

Sin embargo, el CI refleja un conjunto de habilidades cognitivas complejas en condiciones estandarizadas, agrupadas de modo relativamente arbitrario en un mismo factor (factor G o de inteligencia general, o coeficiente intelectual total). Si a esto se agrega el hecho de que los potenciales evocados no son medidos de manera simultánea con la evaluación psicométrica (dada la imposibilidad técnica que esto implica), resulta que tal asociación es correlativa, y de seguro muchas variables intervienen entre la P300 y el CI (Souza, 1999a). En el futuro (inmediato), una vez consolidada la información básica, se podrá aspirar a discriminar el correlato aludido entre las distintas formas de asimetría asociadas con el tipo de diagnóstico. Es decir, considerar los distintos diagnósticos y procesarlos de modo independiente facilitará la especificidad del hallazgo con respecto a la existencia de asimetría de maduración cerebral.

Así, quizá se podrán distinguir, por ejemplo, alteraciones de origen único *versus* sindromático para agrupar los trastornos específicos del aprendizaje, como dislexia, disgrafia, discalculia o trastorno por déficit de atención, los trastornos de conducta en sus modalidades desafiante negativista, hiperactividad secundaria a alteraciones neurológicas, o bajo desempeño escolar, que puede ser secundario a disminución del rendimiento intelectual, a problemas conductuales, a desadaptación emocional o social, a falta de hábitos de estudio o supervisión adecuados u otros (Souza, 1999a). En cuanto al correlato pretendidamente establecido entre la lesión anatomofuncional, en este caso la insuficiencia maduracional que genera la asimetría interhemisférica, su expresión clínica y conductual, su diagnóstico nosológico y diferencial, la terapéutica a aplicar y los resultados posibles de corrección farmacoterapéutica y psicosocial, faltan muchos fenómenos por considerar, muchos conceptos por aprender, muchos prejuicios por eliminar, muchos instrumentos por probar y mucho camino por transitar.

Y aunque sin duda es triste e incluso inapropiado constatar que después de cierto tiempo de tratamiento los pacientes no han mejorado su asimetría, hemos de reconocer que los conocimientos no avanzan a la par de nuestros deseos, ni todas las personas tienen idénticas posibilidades de usarlos, ni los solicitan por igual los diversos profesionales técnicos. De hecho, las preferencias de uso, la selección del paciente y las políticas de servicio en estas áreas especializadas lamentablemente no siempre se basan en el criterio de la utilidad, y en ello influyen muchos factores.

En un escenario tal participan muchos intereses y actores. Por ejemplo, la prescripción de un simple analgésico, o la recomendación de una terapia o una intervención psicosocial, constituye un asunto complejo que debería seleccionarse no sólo por mnemotecnia, sino por indicación y conveniencia, es decir, tras la valoración adecuada del caso.

La deseada existencia de una psicoterapia específica (como contraparte del manejo farmacológico de base o esencial), dirigida especialmente a salvar las diferencias funcionales entre un hemisferio y otro, que en un principio fuera una terapéutica etiológica, no se ha consolidado aún, a pesar de la investigación desarrollada y de la enorme necesidad que existe de ello.

Si hubiera una terapia o un recurso técnico que se utilizara de modo frecuente o continuo en los niños con déficit asimétrico del cerebro y consecuentemente conductual, se podría esperar que después de cierto tiempo ellos mostraran algún cambio o beneficio en términos de coherencia interhemisférica, que hablara del balance funcional entre los dos cerebros, pero se desconoce la existencia de alguna terapia semejante, a excepción del *neurofeedback,* que puede producir y hacer permanecer, hasta cierto punto, los cambios logrados.

Además, respecto de la conducta, cabe señalar que si ésta estuviera supeditada, determinada o influida por un solo factor sería más fácil garantizar su modificación permanente, pero como tal circunstancia dista mucho de ser real, hemos de aprender a lidiar con otros problemas que complican, a nivel tanto técnico como interpretativo, el estudio científico de estos complejos procesos.

Por otra parte, aunque la psicoterapia se ha ido profesionalizando y formalizando socialmente hasta ganar en conocimiento y técnica, su especialización no siempre va de la mano de las necesidades sentidas por la población. Muchas veces el diseño de técnicas terapéuticas no toma en cuenta esta condicionante de la atención, y en otras el propio “estado del arte”, el conocimiento y el interés de los profesionales, así como de la sociedad, no lo permite.

El asunto es complejo, pues en él se entrelazan muchos motivos a la vez.

No obstante, el desarrollo de terapias como las descritas es deseable en aras de salvaguardar los intereses de la sociedad en aquellas poblaciones más vulnerables, como es la de los niños. Asimismo, sería adecuado que las psicoterapias en general tomaran en cuenta estos trastornos durante el proceso terapéutico, como factores que pudieran interferir en él.

En otras palabras, una vez que hayamos reconocido el problema y las dificultades inherentes a él, hemos de diseñar la estrategia conjunta de abordaje para llegar a una solución justa; la lucha contra la adversidad reclama organización y planeación en equipo, tanto a nivel de la restructuración de los servicios de salud y de su política asistencial como de la práctica del personal, de su formación y actuación operacional, así como de su actualización continua.

La imprecisión e incertidumbre que impera hoy en día en estas áreas profesionales siempre conlleva una cierta dosis de frustración, la cual hace que muchas personas se desanimen y retraigan, que culpen a la especialidad de su indefinición, que perciben como falta de cientificidad, y tal insatisfacción contribuye a generar un síndrome de exhausión. No obstante, se puede seguir avanzando: la lucha por el conocimiento es eficaz con base en la confianza y la experiencia. Cada día se abre una nueva posibilidad que orienta positivamente la esperanza.

RESUMEN

Se describe un problema clínico insuficientemente abordado e inconcluso, pues a pesar de los importantes avances científicos de los últimos años en materia de exploración cerebral y neuropsicológica, ésta permanece rezagada en el campo de la psiconeuroclínica actual, lo que ha dado pie a confusión conceptual y a un manejo deficiente de los casos dentro del ámbito profesional. Este breve análisis señala algunas de las deficiencias que implica la asimetría debida a maduración cerebral (que, como se sabe, tiene distintas etiologías) y apunta algunas reflexiones acerca del manejo especializado de los casos.

* Souza, 1999a; modificado de Mercado, Souza, Martínez, Martínez y Tagle, 2000.

XII. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y ADICCIONES

EL TRASTORNO por déficit de atención, que en algunos casos, pero no siempre, se manifiesta con hiperactividad, es una alteración del comportamiento considerada en los últimos decenios, con aparición más frecuente en los Estados Unidos que en otras regiones del mundo (Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003; Hoekstra, Steenhuis y Troost, 2004). Sin embargo tal impresión, reforzada por el fundamento psicosocial y socioambiental del trastorno, es hoy irreal, pues si bien puede admitir mayor prevalencia bajo los criterios del DMS-IV (APA, 1995), prevalece en forma semejante en los distintos países, en uno de cada veinte infantes, con proporción de tres niños por cada cuatro niñas (Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003; Hoekstra, Steenhuis y Troost, 2004), lo que resulta de suma importancia para la asistencia social psiquiátrica infantil (Hoekstra, Steenhuis y Troost, 2004). Y pese a su amplia distribución mundial, no es reconocido pronta ni adecuadamente por la comunidad médica, debido a distintos errores e interpretaciones en su apreciación (Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003; Hoekstra, Steenhuis y Troost, 2004).

De ahí, por ejemplo, que la concomitancia clínica de ciertos problemas sociales y del comportamiento relacionados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como la sintomatología obsesivo-compulsiva y la severidad de los tics en niños con síndrome de Gilles de la Tourette, establezca que la severidad de la obsesión-compulsión sea independiente de los tics, por lo que no es posible afirmar la existencia de una correlación entre la severidad sintomática de una y otra alteración; sin embargo, la coexistencia de ambas deviene factor predictor de problemas asociados con el comportamiento y sociales (APA, 1995).

Se trata de un trastorno congénito de inicio precoz, a menudo de etiología genética, neurológica y sociofamiliar (APA, 1995; Safer, 1979), modificable, por lo tanto, vía experiencias vitales (Biederman, 2002).

Una gran variedad de etiologías, circunstancias ambientales, procesos del desarrollo y trastornos psiquiátricos genera conductas hiperactivas, impulsividad y déficit de atención, por lo que el trastorno puede amplificar y extender la psicopatología, o bien canalizarse en actividades enérgicas útiles, a menudo supeditadas a una amplia serie de factores psicosociales (Orjales, 1998).

Pero no se ha documentado a la fecha la existencia de una vía final común para trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ni convergencia alguna entre las manifestaciones clínicas de distintos trastornos (cuadro XII.1).

Sin embargo, es dudosa una única explicación fisiopatológica del trastorno, en vista de las manifiestas diferencias de respuesta farmacológica en los casos de diferente etiología, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad genético frente al síndrome del hemisferio derecho, o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad frente al trastorno por ansiedad (APA, 1995; Popper y West, 2002).

En consecuencia, resulta difícil aceptar los subtipos descritos de este trastorno en la bibliografía basándose en criterios conductuales, los cuales son debidos probablemente a los efectos genéticos y comórbidos de la entidad neuropsiquiátrica, características somáticas, afectivas y cognitivas, o a una vasta gama de factores sociofamiliares (Popper y West, 2002).

Y como casi todos los casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad son comórbidos, haría falta, lógicamente, poder contar con estudios más detallados sobre el trastorno "puro" (Popper y West, 2002), para que, una vez eliminados los casos infantiles que presentan otros trastornos —como los trastornos de aprendizaje, trastorno disocial, trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad, Gilles de la Tourette, etc.—, se inquiera sobre la existencia real del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en forma "pura" (Orjales, 1998; Popper y West, 2002).

Entre tanto, se infiere incorrecto afirmar que a sus portadores —sin distinción— deba prescribírseles. Antes de ello es preciso proceder a la valoración completa de los casos y descartar los diagnósticos psiquiátricos factibles (cuadro XII.2).

Además, los tratamientos con estimulantes no son bien acogidos en ciertos sectores poblacionales, y sus objeciones basadas en temores acerca de su posible abuso —aunque exagerados y distorsionados— tienen base real. Las anfetaminas y el metilfenidato, por ejemplo, son sustancias de cierto peligro —como ocurre con prácticamente cualquier otra— cuando se usan mal o se abusa de ellas (Popper y West, 2002; Souza, 2000e).

CUADRO XII.1. *TDA/H, características diagnósticas DSM/IV-TR*

A. El patrón de desatención y/o hiperactividad-impulsividad es persistente, y más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

- A1a. Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos que presentan este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos.

- A1b. El trabajo suele ser sucio, descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, y les resulta difícil persistir en una tarea hasta finalizarla.
- A1c. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo.
- A1d. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes.
- A1e. Para establecer este diagnóstico, la incapacidad de completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención, y no a otras posibles razones (incapacidad para comprender instrucciones). Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades.
- A1f. Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (tareas domésticas o tareas con papel y lápiz).
- A1g. La evitación anterior debe estar causada por las deficiencias del sujeto relativas a la atención y no por una actitud negativista primaria, aunque también puede existir un negativismo secundario. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran a estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados.
- A1h. Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin mayor problema por los demás (el ruido de un automóvil, una conversación lejana).
- A1i. Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas (olvidan citas, olvidan llevarse el bocadillo).
- A2a. En situaciones sociales, el déficit de atención puede expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades.
- A2b. La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento, no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así.
- A2c. Por un exceso en actividades como correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo.
- A2d. Experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A2e. Aparentando estar a menudo “en marcha” como si “tuviera un motor”.

• A2f. Hablando excesivamente.
• A2g. La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños. Los niños pequeños y preescolares con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa antes de ponerse el abrigo, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (para escuchar un cuento). Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde. Trajinan objetos, dan palmadas y mueven excesivamente los pies o las piernas. A menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos los síntomas de hiperactividad toman la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas. La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido planteadas.
• A2h. Dificultad para esperar un turno e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los siete años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años.
C. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (en casa y en la escuela o el trabajo).
D. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.
E. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

FUENTE: Modificado de APA, 1995.

Estudios longitudinales sobre el tema refieren que muchos de tales pacientes muestran psicopatología significativa al llegar a la adultez, contradiciendo la

opinión social respecto a que el trastorno es un “proceso benigno y autolimitado que tiende a desaparecer sin dejar huella”.

Como consecuencia de ello, los especialistas involucrados dirigen sus esfuerzos en apoyo a la meta de que su farmacoterapia conduzca a la mejoría del rendimiento escolar y sociofamiliar.

Existe en la bibliografía evidencia vincular entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno por consumo de sustancias (Orjales, 1998; Popper y West, 2002). Las poblaciones infantojuveniles con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, e incluso los portadores de trastorno afectivo bipolar, se encuentran estadísticamente en más alto riesgo de ser abusadores y/o adictos (Orjales, 1998; Popper y West, 2002; Souza, 2000e).

Y aunque la terapéutica multimodal constituye la regla para su tratamiento integral, el método es cuestionado porque la adición del tratamiento psicosocial no aporta los beneficios deseables obtenibles en otras patologías. De modo que la ventaja de la intervención precoz debe revisarse en sentido técnico, especialmente a propósito del consumo asociado de psicotrópicos.

CUADRO XII.2. *Diagnóstico diferencial del TDA/H*

Psiquiátrico

Trastorno de conducta
Trastorno negativista desafiante
Depresión mayor
Ansiedad (situacional, evolutiva)
Trastorno de ansiedad por separación
Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por ansiedad
Trastorno fóbico
Trastornos disociativos
Trastorno bipolar
Esquizofrenia precoz
Agitación psicótica
Trastornos por consumo de sustancias (intoxicación o abstinencia)
Conducta con búsqueda de atención o manipulativa

Psicosocial

Abuso físico o sexual
Negligencia o abandono
Aburrimiento-subestimulación
Sobrestimulación inadecuada
Privación sociocultural

Médico

Trastornos tiroideos
Agitación inducida por fármacos
Estimulantes "recreativos"
Estimulantes: seudoefedrina, barbitúricos, benzodiacepinas, carbamacepina, etc.
Teofilina
Problema grave prenatal o perinatal
Lesión cerebral: traumatismo o infección
Toxicidad posnatal (plúmbica u otras)
Teratogenia por exposición a etanol
Cocaína, humo de tabaco u otros

Dietético y otros

Exceso de cafeína y nicotina
Hambre-desnutrición
Estreñimiento
Dolor ligero persistente
Comportamiento disruptivo familiar

FUENTE: Modificado de Popper y West, 2002.

La comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad parece conferir un factor de riesgo intermedio para trastornos por consumo de sustancias que tiende a manifestarse en jóvenes y adultos, ligado tanto a aspectos genéticos o familiares como a la automedicación, que influyen en el origen y la continuación del trastorno adictivo (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b; Taylor, 1991).

Aunque se carece de momento de datos sistemáticos al respecto, la combinación de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con trastornos por consumo de sustancias requiere intervención terapéutica formal, a la que deben agregarse propositivamente, a la farmacoterapia, aspectos de responsabilidad en el cumplimiento de metas, en particular respecto de las potenciales interacciones con otros medicamentos y el mantenimiento de una adecuada relación terapéutica, dado que la comorbilidad y su común e inadecuado manejo, como en el caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad —TAB—, representan alto riesgo para contraer trastornos adictivos (Popper y West, 2002), condición que debe explorarse aún más para precisar los mecanismos responsables tanto de su aparición como de su eventual bloqueo preventivo terapéutico (Popper y West, 2002; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se caracteriza clínicamente por afectar de modo negativo el funcionamiento del hogar, escuela o trabajo; no es posible aceptar su diagnosis de ocurrir en un solo ambiente, y se requieren al menos dos de ellos (APA, 1995). Se observan periodos cortos e inapropiados de la atención, hiperactividad e impulsividad que suelen aparecer antes de los siete años y deben permanecer por al menos seis meses.

No obedece a una única causa, como factores ambientales (ruptura de equilibrio del sistema familiar, escolar, desarrollo de ansiedad) o clínicos (exposiciones prenatales a tóxicos, prematurez, etc.), y su cuadro clínico se divide en tres subtipos:

1. con predominio de déficit de atención y poco o nada de hiperactividad o impulsividad;
2. con predominio hiperactivo-impulsivo;
3. combinado (APA, 1995).

Las características de la inatención se hacen patentes en la dificultad para organizar su trabajo, sensación de que el portador no escucha las instrucciones, no tiene paciencia para esperar su turno, se distrae fácilmente, habla demasiado en clase, no puede terminar lo que se le solicita, no tolera el mismo tiempo de actividad que los demás, aunque sólo sea un juego, y comete errores por ser descuidado o impulsivo. En consecuencia, el diagnóstico debe realizarse a partir de una visión tetrapartita de la situación: biológica, psicológica, conductual y ambiental (Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003; APA, 1995; Safer, 1979) (cuadro XII.3).

Derivado de ello, se debe considerar que su síntoma no nuclear o asociado, la hiperactividad, ha de estudiarse desde la historia prenatal, considerando todo el desarrollo, y no sólo sus aspectos motores. La exploración clínica debe abarcar la excesiva demanda hacia los adultos y reseñar con detalle la explosividad, irritabilidad e inestabilidad emocional.

Asimismo es recomendable incluir la exploración de la inatención a los requerimientos de los adultos y la extraordinaria sensibilidad a los estímulos desde los primeros instantes de vida; suele tratarse de bebés que se asustan con el ruido, la luz, los cambios ambientales, etc., que duermen poco, lloran mucho y se muestran muy activos desde la cuna. También es importante evaluar la testarudez y la obstinación; la tendencia a culpar a otros de sus propios actos; el sentimiento de una baja autoestima a pesar de la apariencia de dureza y seguridad que demuestran —que frecuentemente destantea a los padres, maestros y demás personas que los rodean—, y la escasa tolerancia a la frustración, con respuestas agresivas.

CUADRO XII.3. *Áreas cerebrales y fisiología de la atención*

• Corteza prefrontal
• Corteza parietal
• Circunvolución del cíngulo
• Estructuras límbicas: amígdala e hipocampo
• Ganglios basales
• Tálamo
• Formación reticular

FUENTE: Modificado de Popper y West, 2002.

De igual forma, es importante destacar que la reacción familiar ayuda o empeora la relación con el niño-joven. Por otra parte, es esencial realizar siempre un apropiado diagnóstico diferencial con apoyo de la imagenología (resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, etc.). Y aunque ésta no es específica para su diagnosis, suele mostrar, no obstante, anormalidades significativas, consistentes en disminución del volumen del área prefrontal motora del hemisferio derecho y otros núcleos subcorticales (Biederman, 2002; Popper y West, 2002).

De igual forma, debe revisarse la coordinación visomotora, la dificultad de copiar figuras propias para su edad, la dificultad en la ejecución de movimientos alternos rápidos —disdiadococinesis—, la asimetría en los reflejos osteotendinosos y la confusión discriminativa de la función de coordinación derecha-izquierda.

Debido a ello, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad implica, por lo menos, dos grupos de riesgos: *1)* la existencia de los diferentes niveles de gravedad a considerar, y *2)* el empeoramiento que ocurre cuando los niños y jóvenes no son tratados ni temprana ni adecuadamente, lo cual acentúa la sintomatología y sus complicaciones, que repercuten, a su vez, en una mayor inadaptación escolar, problemas de conducta y deterioro del autoconcepto, que producen entre sí distintos grados de ansiedad y depresión (Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003; Orjales, 1998; Popper y West, 2002).

Si el problema se detecta en los primeros años de vida y el niño recibe la atención adecuada, se evitará, por lo menos en parte, la retahíla de accidentes a la que se ven sometidos estos pacientes debido a lo disruptivo e involuntario de su comportamiento (Biederman, 2002; Popper y West, 2002; Souza, 2000e; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b; Taylor, 1991).

Es importante, por lo tanto, tratar la ansiedad y la depresión comórbidas, aunque cabe aclarar que una pequeña porción de pacientes puede no presentar trastornos adicionales. Y de modo paralelo, se remarca el hecho de que los niños y jóvenes tratados con psicofármacos, al mejorar de modo inmediato, hacen pensar erróneamente que la causa del trastorno era pasajera y que por fin se ha resuelto.

Por eso, de llegar el paciente a la adolescencia sin haberse diagnosticado, se recomienda que se analicen los frecuentes fracasos y cambios de trabajo, considerando especialmente asuntos tales como cuando:

1. se implican grandes responsabilidades o demasiadas situaciones de cambio;
2. se requiere rapidez de procesamiento y trabajo muy detallista;
3. se lo asciende a un cargo que requiere tomar previsiones múltiples;
4. se observa la falta de una relación estable;
5. se ve restringida su capacidad de escucha; se aprecia hipersensibilidad a la crítica;
6. existe falta de tacto en la relación con el otro, con excesiva franqueza; aparece la tendencia al monólogo y hay excesiva interrupción;
7. predomina la búsqueda compulsiva de estimulación (aventuras riesgosas, deportes extremos, riesgos graves e innecesarios, etc.) y tendencia al consumo de psicotrópicos;
8. se muestra baja tolerancia a la frustración y pobre autodisciplina, reflejada en la tendencia a culpar a otros de sus propios actos;
9. existe un exceso de proyectos simultáneos;
10. cambios rápidos de intereses, falta de organización e inadecuado manejo del tiempo;
11. se muestran insensibles, no presentando sentimientos de culpa o remordimiento (Orjales, 1998; Popper y West, 2002; Souza, 2000e; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b; Taylor, 1991).

A menudo la necesidad de llamar la atención de los pacientes puede reflejarse en actos de reto y desobediencia, aunque ello ocasione reiterados castigos. Tal falta de control debe ser analizada muy bien al tipificarla como simple desobediencia, para evitar el reforzamiento inapropiado de las conductas. En personas inestables y con evidentes faltas de control este error en la interpretación de ciertas conductas representa un importante efecto contrario a la meta terapéutica. Hemos de recordar que la frustración, el enojo y la culpa siempre toman más tiempo en inactivarse que en instalarse.

En tal contexto, debe considerarse que el problema no es sólo del paciente sino también de sus familiares, y se recomienda que todos los participantes estén advertidos de esta patología para aportar acciones pertinentes, ya sea resolutivas o, por lo menos, destinadas a no agravar y sobrellevar el cuadro (Souza, 2004b; Crosbie y Schachar, 2001). De igual modo, los participantes del equipo de salud deben dilucidar estos asuntos, posibilitar al paciente el reconocimiento de su enfermedad y apoyarlo en el desarrollo de nuevos recursos.

Ninguno de estos pacientes sin control inhibitorio, responsable de su tipificación sindromática, lo es por su voluntad, aunque su presencia prediga el

futuro desarrollo del trastorno (Souza, 2000e; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b; Taylor, 1991) y de su posterior comorbilidad.

De ahí que sea conveniente informar, con fines didácticos, que en relación con su pronóstico y complicaciones se creyó hasta hace poco tiempo que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad disminuía al llegar la adolescencia, para desaparecer sin dejar huella en la adultez. Al respecto, se ha documentado que 60-70% de que quienes lo padecieron en su infancia lo mantendrán en la vida adulta (Souza, 2004b; Crosbie y Schachar, 2001).

Y como el trastorno lógicamente deteriora la calidad de vida, se torna "caldo de cultivo" para el desarrollo de comorbilidad afectiva y/o ansiosa (ataques de pánico, ansiedad generalizada, etc.), entre otras, de las cuales destacan los síndromes adictivos de abuso y dependencia (Popper y West, 2002; Souza, 2000e; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b).

De hecho, vale la pena destacarlo así dada su importancia: el deficiente control de impulsos favorece la automedicación (Souza, 2000e), base del consumo abusivo de psicotrópicos y la dependencia, así como otras patologías relacionadas (juego patológico) y desórdenes de la personalidad (de tipo antisocial, fronteriza, obsesiva, etc.), que afectan de manera sutil y sostenida la actividad cotidiana (APA, 1995; Taylor, 1991; Souza, 2003b; Crosbie y Schachar, 2001; Souza, 2004b), como los trastornos de la conducta sexual o del dormir, por sólo mencionar algunos.

Se desprende de lo mencionado hasta aquí que, durante la etapa adulta, estos pacientes, debido a que fueron expuestos a una retroalimentación negativa durante la niñez, corren mayor riesgo que los adultos sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad de asumir estilos de vida mal adaptados y riesgos proclives a una deficiente adaptación psicosocioambiental (Taylor, 1991; Souza, 2003b).

Ahora, el hecho mismo de que el trastorno se extienda a la adolescencia o adultez dificulta aún más el diagnóstico, lo que resulta sorprendente si se toma en cuenta el alto porcentaje de pacientes (50%) en el que el cuadro no mejora. Diversos autores confirman que, en la práctica clínica, la descripción del DMS-IV en adultos es sencillamente inmanejable (APA, 1995; Popper y West, 2002).

Su remisión, de alrededor de 60%, conlleva una disminución en la intensidad sintomática, mas no en su desaparición. Es decir, el trastorno no tiene recuperación. De hecho, los problemas de la atención —núcleo de la patología— son precisamente los que menos mejoran. Y frente a esta contundente realidad, hay quien, de modo paradójico, asevera que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una "enfermedad de moda", tratando de negar o subestimar su existencia, pese a haberse constatado el trastorno que en la población infantil alcanza hasta 9% y en adultos 5% (Popper y West, 2002; Taylor, 1991) y observarse claramente sus repercusiones.

Por lo que toca a los problemas de concentración, éstos se caracterizan por distracción rápida, deficiente visión de conjunto, incapacidad de planear/organizar y para escuchar e iniciar varias tareas simultáneas, que terminan inconclusas en un marco de caos y olvidos (APA, 1995).

La hiperactividad se evidencia ante la dificultad de permanecer sentado; estar siempre ocupado, con intranquilidad interior, discurso atropellado y movimiento corporal. A su vez, la impulsividad se caracteriza por impaciencia, interrumpir conversaciones, derrochar, apostar, mostrar cambios impetuosos de trabajo y relaciones (APA, 1995; Taylor, 1991; Souza, 2003b).

Es importante señalar que 77% de los pacientes exhiben comorbilidad, descrita en aproximadamente 30% como depresión, 30% como trastornos por ansiedad, de 20 a 45% como adicciones y, en otros porcentajes, como trastornos de la personalidad y otros (Crosbie y Schachar, 2001). A menudo el motivo de consulta psiquiátrico suele ser algún problema laboral o de la relación interpersonal, financiero, causado por el juego, u otro originado por la búsqueda constante de sensaciones intensas, obsesiones, cambios de humor, agresión, pérdida de control emocional y conducta antisocial.

Casi todos los casos muestran problemas del dormir desde la niñez, caracterizados básicamente por una sobreactividad en las últimas horas; se acuestan muy tarde, duermen intranquilamente, con movimiento, y tienen dificultad para levantarse. De ahí que algunos autores discutan la delimitación clínica entre trastorno límite de la personalidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Crosbie y Schachar, 2001; Souza, 2004b). Pues los primeros exhiben impulsividad, cambios de humor y ataques de ira, mientras que los segundos denotan esencialmente hiperactividad, falta de concentración e impulsividad.

Pero en ambos existe concordancia en la conducta antisocial. Y aunque es innegable la superposición sintomatológica, las casuísticas son tan escasas que no permiten aún extraer conclusiones.

Una diferencia clara entre ambos es la patente falta de atención de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, no observada en los limítrofes (Crosbie y Schachar, 2001; Souza, 2004b). Tal base conductual se vincula a otras patologías (Souza, 2003b; Taylor, 1991). Por ejemplo, se ha demostrado que, en pacientes estadunidenses, de 25 a 30% de los abusadores y/o adictos presenta trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De los adultos con este trastorno 48% muestra consumo irrestricto de alcohol y 30% consume algún otro tipo de droga (Travella, 2001; Crosbie y Schachar, 2001; Biederman, Faraone y Spencer, 1993), cifras que parecen explicar en parte la causa de la "automedicación" en la que han vivido y/o reinciden (Souza, 2000e; Roy-Byrne, Scheele y Brinkley, 1990).

El diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad se basa en el juicio clínico de las características conductuales, rendimiento cognitivo y

síntomas afectivos (APA, 1995; Barkley 1997; Rucklidge y Kaplan, 2000), con los cuales resulta difícil diferenciarlo de otros procesos semejantes, por lo que se considera un “diagnóstico por exclusión” (Biederman, 2002; Barkley 1997; Rucklidge y Kaplan, 2000; Casado, 2002; Teijeiro, 2003). En este sentido, se recomienda la aplicación de una historia clínica completa y detallada con el paciente, su pareja y/o familiar de primer grado (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo, Gaucín, 1998); la información sobre el desarrollo del paciente facilita la comprensión y el manejo de la situación. Se aconseja realizar, siempre que se pueda, una entrevista con la madre o compañera del paciente para obtener información sobre el desarrollo escolar, amén de una investigación *ad hoc* (Souza, 2000e; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo, Gaucín, 1998; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con distintos trastornos: por consumo de sustancias, limítrofe de la personalidad, afectivos, etc., concomitancias que son frecuentes de encontrar en estos pacientes, en calidad de su comorbilidad habitual (Travella, 2001; Cantwell y Baker, 1998).

Frente a casos regulares de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el manejo se basa en la psicoeducación del paciente, su pareja y, si se puede, de la familia, donde se incluyen como temas principales la historia natural de la enfermedad, la herencia y los factores biológicos conocidos, las consecuencias del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la importancia de la comorbilidad, el duelo y la aceptación de la enfermedad, las limitaciones del tratamiento, y todos aquellos temas que sirvan para guiar al paciente y a sus familiares en otros múltiples asuntos (Biederman, Faraone y Spencer, 1993; Roy-Byrne, Scheele y Brinkley, 1990; Cantwell y Baker, 1998).

El uso de psicofármacos está ampliamente documentado (Popper y West, 2002). La supervisión y asesoría individual dirigida a tareas comunes (planeación del tiempo, uso del dinero, educación de los hijos, apoyo en el trabajo, duelo y aceptación de la enfermedad, etc.) son de mucha utilidad. La terapia de pareja es muy recomendable, especialmente cuando existe patología familiar, pero el manejo en su inicio suele hacerse de forma individual.

No debe olvidarse que la pareja normalmente se encuentra impactada por el trastorno y sus alcances, los cuales durarán muchos años. Las sesiones de pareja de carácter directivo priorizan la información acerca de la enfermedad y sobre el inventario de los problemas, con miras a recomendar y aplicar soluciones prácticas en apoyo de todo el sistema familiar. La creación de grupos de ayuda mutua ha probado algunos resultados favorables, primero porque éstos ofrecen información —que debe ser veraz y congruente para ser útil— y a la vez porque pretenden facilitar la solución práctica de los problemas (Taylor, 1991; Biederman, Faraone y Spencer, 1993; Roy-Byrne, Scheele y Brinkley, 1990; Barkley, 1997). En relación con lo anterior, se refiere a continuación la existencia de varios tipos de intervención.

El abordaje ambiental de la estimulación sensorial, por ejemplo, intenta reducir la sobrestimulación de fuentes externas, mantener un mejor control sobre la impulsividad y la agresividad, y asignar un mejor sentido de control, base de la autoestima. Con estas medidas se intenta modificar el medio familiar, laboral o escolar, para reducir estímulos y distracciones (Popper y West, 2002; Mayes, Crites y Bixler, 1994). En otras dimensiones del tratamiento, diversas intervenciones psicosociales resultan útiles para apoyar al paciente y a sus familiares y para aliviar algunos de los problemas que se asocian previsiblemente con el trastorno (Orjales, 1998; Popper y West, 2002).

Por su parte, los métodos conductuales pueden ser tan efectivos como los estimulantes para modificar la conducta en las aulas, pero la generalización más allá del contexto terapéutico a menudo resulta limitada. De hecho, la terapéutica cognitivo-conductual se emplea para enseñar estrategias de resolución de problemas, autorregistro, mediación verbal (con ayuda del lenguaje interno) por autoaprobación, autoinstrucción y valoración de errores, en vez de su minimización. El manejo grupal puede ser útil para quienes precisan un entrenamiento particular en habilidades sociales (Popper y West, 2002).

De modo complementario se plantea la llamada terapéutica nutricional, que tiene una historia poco clara, basada esencialmente en una serie de "curaciones demasiado espectaculares" para ser verdad y el empleo de "nuevos" tratamientos durante años.

Este abordaje ha provocado que, quizá frustrados por los métodos conductuales, y asustados por los "fármacos para la mente", los padres de los pacientes a menudo se muestran interesados en oír las opiniones de quienes plantean tratamientos alternativos de tipo nutricional, especialmente aquellos siempre novedosos y no demostrados aún. Algunos de tales familiares, en su contradicción, parecen estar deseando aceptar que su hijo tiene un indudable "problema físico", pero claramente se inclinan a evitar reconocer que se trata de un "trastorno médico".

La ignorancia y el sentimiento de culpa, la ansiedad y la afectación del talante por vivir un problema crónico y sin solución contribuyen a que florezca un tipo de esperanza comprensible, pero basada en el pensamiento mágico. Por otra parte, sorprende asimismo que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad atraiga a un mayor número de médicos y profesionales partidarios del tratamiento nutricional, en comparación con otros trastornos psiquiátricos y con la mayoría de los demás problemas médicos.

Posiblemente como reflejo de una aguda intuición clínica, se han diseminado con todo entusiasmo múltiples tipos de dietas de eliminación, basadas en datos anecdóticos y aseveraciones repetidas, pero sin gozar del beneficio de la evidencia documental científica suficiente o contar con resultados de estudios controlados (Popper y West, 2002).

Para las manifestaciones del comportamiento se dispone de ciertas escalas de autovaloración para la población afectada, pero son menos efectivas que lo que puede ser aportado por los padres como observadores de su conducta, debido posiblemente a la influencia que ocasiona el propio trastorno. Ciertas pruebas de laboratorio, como la prueba de rendimiento continuo, se emplean para medir la capacidad de atención y de respuesta frente a estímulos sensoriales cambiantes.

Aunque estas pruebas (computarizadas o de otra índole) se han empleado para monitorear el tratamiento y ajustar las dosis de los fármacos, su utilidad es cuestionable, pues el rendimiento de la atención en condiciones experimentales no puede relacionarse de modo simple con la conducta natural o el funcionamiento cognitivo bajo las muy cambiantes situaciones de la vida real (Popper y West, 2002).

Respecto a las tendencias que muestran un manejo global de los casos, el tratamiento último lo constituye actualmente la terapéutica estándar y de primera elección para estos pacientes, especialmente de los que sufren una comorbilidad psiquiátrica o neurológica importante, trastornos conductuales, agresividad, conductas perturbadoras, trastornos del aprendizaje o trastornos del desarrollo, o bien tienen, por su gravedad, mal pronóstico (Mayes, Crites y Bixler, 1994; Boris y Mandel, 1994).

En un importante estudio contemporáneo sobre tratamiento multimodal (Satterfield, Satterfield y Cantwell, 1981) se asentó su considerable valor clínico. Al combinar el tratamiento medicamentoso, la enseñanza especial y la psicoterapia, se consiguió mejorar los logros académicos, el funcionamiento de la atención y la adaptación psicosocial, reduciéndose la actividad antisocial. Sin embargo, 50% de los pacientes habían abandonado el tratamiento al cabo de tres años, lo que limitó la generalización del tratamiento a toda la población afectada de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con base en la dificultad de su permanencia a largo plazo como aspecto decisivo del manejo (Satterfield, Satterfield y Cantwell, 1981).

Cabe señalar, por otra parte, que a pesar de lo difundido que está su uso, el método multimodal no resulta más eficaz que la monoterapia con fármacos psicoestimulantes. La farmacoterapia tiene una eficacia y efectividad bien documentadas; la utilidad de los antidepresivos tricíclicos en los últimos 30 años es contundente, aunque los estudios en adultos con este trastorno sean más bien escasos.

Se sabe que 75% de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad responden terapéuticamente a los estimulantes, y el porcentaje de respuesta a estos fármacos puede llegar a ser de 93% cuando se dosifican y monitorean cuidadosa y continuamente (Popper y West, 2002). De modo similar, se han encontrado elevados porcentajes de respuesta en niños preescolares (Anderson y Williams, 1987).

El traslape documentado en la bibliografía entre el TDA —con o sin hiperactividad— y trastornos por consumo de sustancias, en población infantojuvenil y adulta, ha crecido tanto en áreas clínicas como en los reportes de la investigación aplicada. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como fue señalado anteriormente, afecta con cifras de hasta 9% de los menores (Murphy y Barkley, 1996) y más de 5% de los adultos (Weiss, 1992). Los datos derivados de estudios longitudinales sugieren que sus portadores lo prolongan a la adolescencia hasta 75% de las veces, y 50% a la adultez (Ross, Glaser y Germanson, 1998).

Por su parte, el abuso/adicción a psicotrópicos usualmente comienza en edad juvenil, aunque puede iniciarse aún más temprano (Souza, 2000e), logrando afectar a entre 10 y 30% de los jóvenes (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes y Eshelman, 1994; Kaminer, 1992), cifra nada despreciable si se considera que se trata de un traslape bidireccional, que hace que el estudio de su comorbilidad sea relevante para todas las áreas clínicas vinculadas (pediatría, neurología, medicina interna, psiquiatría, psicología, entre otras), por sus implicaciones ya sea asistenciales, diagnósticas, terapéuticas o pronosticas (Wilens, Spencer y Biederman, 1996; Schubiner, Tzelepis, Isaacson, Warbasse, Zacharek y Musial, 1995; Levin y Kleber, 1995; Levin, Evans y Kleber, 1999).

En tal sentido, la identificación de los factores de riesgo podría permitir su detección en los primeros niveles de afectación, y con ello reducir quizá su expresión clínica, al disminuir la morbilidad y mejorar el pronóstico de los casos a largo plazo (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes y Eshelman, 1994; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y Lapadula, 1989; Wilens, 2004; Demilio, 1989).

Se estima que por lo menos 25% de los pacientes confinados para tratamiento de adicciones es portador de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos afectivos (Milin, Halikas, Meller y Morse, 1991). Los estudios realizados en delincuentes juveniles muestran alta frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad cuando padecen adicción (Hovens, Cantwell y Kiriakos, 1995). La comorbilidad adictiva en adolescentes muestra que 31% de ellos presenta simultáneamente trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Goodwin, Schulsinger, Hersmansen, Guze y Winokur, 1975).

Entre los adultos que abusan del alcohol se encuentran cifras de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de entre 35 y 71% (Wilens, Spencer y Biederman, 1995; Willens, 1998). Otros estudios señalan que de los pacientes confinados para tratamiento antiadictivo, 24% muestra trastorno por déficit de atención e hiperactividad y 66% trastorno de conducta (en lo sucesivo TC) (Schubiner, Tzelepis, Milberger, Lockhart, Kruger y Kelley, 2000).

La importancia del diagnóstico cuidadoso señalada en la bibliografía se basa en que 10% de los adictos a la cocaína cumplen los criterios para trastorno por déficit de atención e hiperactividad desde la infancia, y 11% muestra síntomas de

ello en la vida adulta (Levin, Evans y Kleber, 1998). Otra importante característica del abuso/adicción psicotrópica en adultos —con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad— es, por ejemplo, que quienes padecen ambas entidades muestran afectación sintomatológica previa, y más severa que los que no tienen trastorno por déficit de atención e hiperactividad, siendo la sintomatología del abuso y adicción a psicotrópicos más severa en quienes lo padecen (Schubiner, Tzelepis, Milberger, Lockhart, Kruger y Kelley, 2000; Carroll y Rounsaville, 1993; Levin, Evans, Rosenthal y Kleber, 1997).

Otro dato que completa la visión patógena de esta comorbilidad es el número más elevado de accidentes en vehículos de motor, previo al manejo de trastornos por consumo de sustancias en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y que es, por cierto, más cercano a los que no tienen trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Levin, Evans, Rosenthal y Kleber, 1997). Se ha documentado la sobrerrepresentación de pacientes adultos con trastornos por consumo de sustancias en personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, cuya frecuencia es levemente más alta que la encontrada en población general, es decir, de 17 a 45% de adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad muestra problemas de abuso/adicción etílica y de 9 a 30% de abuso/ adicción a otros psicotrópicos (Wilens, Spencer y Biederman, 1995; Biederman, Wilens, Mick, Milberger, Spencer y Faraone, 1995). Estas cifras deben alertar al profesional de la salud para el despliegue de las estrategias para un adecuado abordaje de la situación (Souza, 2000e; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b).

En esa línea de trabajo destaca un estudio realizado en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad nunca tratado, que refiere un doble riesgo de contraer adicciones, 52% *versus* 27%, respectivamente, en relación con quienes no lo tienen (Biederman, Wilens, Mick, Milberger, Spencer y Faraone, 1995). De hecho, la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad aumenta considerablemente el riesgo de comorbilidad de trastornos comórbidos y el trastorno afectivo bipolar juveniles, a la vez que facilita la presencia de trastornos adictivos (Weiss, Hechtman, Milroy y Perlman, 1985; Biederman, Wilens y Mick, 1995). Se estima, por lo tanto, que los adultos portadores de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos por consumo de sustancias tienen mayor riesgo de contraer otras patologías psiquiátricas (Popper y West, 2002), a pesar de que no se hayan detectado diferencias significativas en el tipo de patrón de consumo de sustancias utilizado (Lynskey y Fergusson, 1995).

De hecho, los datos provenientes de la bibliografía reciente refieren una influencia circular permanente entre ambos padecimientos: trastorno por déficit de atención e hiperactividad y adicciones, lo mismo que su riesgo latente de patologizarse aún más con otros trastornos durante el curso del trastorno adictivo (Popper y West, 2002; Blouin, Bornstein y Trites, 1978).

Este riesgo, por otra parte, muestra implícitamente una perspectiva de desarrollo, ya que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad suele presentarse antes que el abuso/adicción, aunque este último puede "destapar" la sintomatología hasta entonces "escondida" de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad leve, controlado o subestimado, según refieren los estudios longitudinales de niños con este trastorno (Popper y West, 2002), cuyo pronóstico es notoriamente más negativo aún en presencia de trastornos por consumo de sustancias, toda vez que facilita una mayor comorbilidad (Lynskey y Fergusson, 1995; Lambert, Hartsough, Sassone y Sandoval, 1987; Blouin, Bornstein y Trites, 1978).

Además, exámenes de seguimiento de entre cinco y ocho años indican la existencia de un mayor consumo de alcohol entre los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que entre sus controles sin él (Satterfield y Hoppe, 1982; Biederman, Wilens, Mick, Faraone, Weber y Curtis, 1997), mostrando incluso el curso del trastorno diferencias de riesgo entre afectados y no portadores (Milberger, Biederman, Faraone, Wilens y Chu, 1997). Asimismo, y como era de esperarse, existe un importante refuerzo de los riesgos de comorbilidad, que aumentan cuando se es familiar directo de un portador de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos por consumo de sustancias (Orjales, 1998; Popper y West, 2002; Travella, 2001).

Para efectos de conceptualizar el manejo de esta condición, se hace importante señalar que en la población infantojuvenil con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tratada con los diversos estimulantes destinados al control de esta nosología no se incrementa el riesgo de abuso y/o adicción a psicotrópicos, como se podría suponer, debido a que dicho manejo tiene una magnitud de protección de riesgo demostrada de por lo menos 50%, en pacientes tratados por trastorno por déficit de atención e hiperactividad, respecto de quienes no lo tienen (Wilens, Faraone, Biederman y Gunawardene, 2003).

En consecuencia, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como antecedente patógeno deviene decisivo en el desarrollo de las adicciones (APA, 1995; Wilens y Biederman, 1993; Tarter y Edwards, 1988; Brook, Whiteman, Cohen, Shapiro y Balka, 1995). Otro dato que resulta interesante de analizar brevemente en torno de este problema es que la adicción nicotínica —que no el mal llamado hábito tabáquico— ha sido considerada una comorbilidad muy frecuente en estos pacientes, cuya intrincada relación, por cierto, no se ha esclarecido aún (Block, Klock y Keyes, 1988; Kandel y Faust, 1975; Kandel y Logan, 1984).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad previo a los 15 años es predictor de adicción nicotínica, y se comporta, para efectos predictivos, de modo más significativo que otras variables, tales como el estado socioeconómico, el cociente intelectual y la comorbilidad psiquiátrica, entre otras (Kandel y Logan, 1984; Milberger, Biederman, Faraone, Chen y Jones, 1997; Souza, 2000e). En

adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad también se encuentra un mayor número de personas con adicción nicotínica, población que está por cierto menos interesada en dejar de consumir tabaco y es más refractaria a participar en acciones terapéuticas que aquellos grupos sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Pomerlau, Downey, Stelson y Pomerlau, 1995).

De modo que este trastorno parece ser antecedente de influencia o de transición para la aparición de adicciones; véase cómo en diversos estudios se señala que este trastorno y su comorbilidad destacan como catalizadores del paso de un consumo de influencia o de transición menos severo a una dependencia en el lapso de 1.2 años, cuando existe trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y de tres años cuando no lo hay. Ello parece indicar una relación vincular lineal entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su comorbilidad y los trastornos psiquiátricos, como el abuso y la adicción a psicotrópicos, comparados con sus controles (Biederman, 2003; Biederman, Faraone, Monuteaux y Feighner, 2000).

De hecho, algunos trabajos preliminares señalan que la mitad de los fumadores de tabaco jóvenes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad desarrollan trastornos por consumo de sustancias (Hechtman y Weiss, 1986), entre los cuales se incrementa aún más el riesgo si consumen alcohol; cuando el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es simultáneo a trastorno afectivo bipolar, se acelera aún más el proceso (Wilens, Biederman y Mick, 1998). Por otra parte, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad afecta la remisión de los síndromes adictivos, ya que tales pacientes muestran menores lapsos de abstinencia que sus controles (Chassin, Rogosch y Barrera, 1991) e invierten el doble de tiempo antes de consolidar la remisión sintomatológica adictiva cuando hay trastorno por déficit de atención e hiperactividad en comparación con las personas control; los adultos tardan hasta tres años (Sher, Walitzer, Wood y Brent, 1991).

Complementan esta visión panorámica los estudios familiares que informan acerca de la comorbilidad entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y síndromes adictivos, e indican que los hijos de estos afectados corren más alto riesgo de contraer otros trastornos, además del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como adicciones y trastorno disocial, de los que se derivan —como es esperable— complejas y graves consecuencias psicosociales (Block, Block y Hayes, 1988; Mathew, Wilson, Blazer y George, 1993; Nunes, Weissman, Goldstein, McAvay, Seracini y Verdeli, 1998; Moss, Vanyukov, Majumder, Kirisci y Tarter, 1995). Los hijos de personas con trastornos por consumo de sustancias reportan más anormalidades cognitivas y conductuales, baja atención y alta impulsividad e hiperactividad y elevadas tasas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que sus controles (Aronson y Gilbert, 1963; Fine, Yudin, Holmes y Heinemann, 1976; Steinhausen, Gobel y Nestler, 1984).

En tal sentido es notoria, por ejemplo, la existencia de cifras más altas de casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en hijos de alcohólicos que en los individuos control (Wilens, 1944), y son aún más altas dichas frecuencias cuando ambos padres son abusadores y/o adictos (Popper y West, 2002; Stanger, Higgins, Bickel, Elk, Grabowski y Schmitz, 1999; Earls, Reich, Jung, Cloninger, 1988). Por otro lado, se afirma que la transmisión del síndrome adictivo en familias con TC es independiente de la transmisión del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de adicciones en familias con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Wilens, Hahesy, Biederman, Bredin, Tanguay y Monuteaux, 2000; Wilens, Biederman, Mick, Faraone y Spencer, 1997), lo que hace hoy de la comorbilidad un objetivo terapéutico insoslayable en el tema.

De la mano de lo anterior, se señala la influencia de la exposición prenatal a los psicotrópicos, que obedece a varios factores (Biederman, Faraone, Keenan, Knee y Tsuang, 1990). Por ejemplo, se han descrito distintas complicaciones posnatales, como diversas anormalidades neurológicas y psiquiátricas en niños hijos de madres adictas al alcohol (Milberger, Faraone, Biederman, Chu, Wilens, 1998; Griffith, Azuma y Chasnoff, 1994; Richardson y Day, 1994; Volpe, 1992), independientemente de que los niños portadores de síndrome alcoholo-fetal muestran altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, incluyendo trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en cifras de por lo menos 66% de los adolescentes estudiados (Abel y Sokol, 1989; Finnegan, 1976).

Asimismo, los niños nacidos de madres adictas a cocaína que consumieron este psicotrópico durante su preñez son quienes muestran el más alto grado de riesgo sintomatológico parecido al que produce el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Steinhausen, Willms y Spohn, 1993; Merikangas, Stolar, Stevens, Goulet, Preisig y Fenton, 1998; Tsuang, Lyons, Eisen, Goldberg, True y Lin, 1996), al margen de la conocida influencia que pueda transmitir la familia y su psicopatología (Kaplan, Sadock y Grebb), que no son elementos despreciables para la observación epidemiológica de la psicopatología psiquiátrica (Mannuzza, Gittelman-Klein, Konig y Giampino, 1989; Souza, 2003g).

Otro ángulo interesante de este asunto, consideración derivada de los trabajos de revisión actual de la bibliografía, es la retroalimentación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y abuso y adicción a psicotrópicos, pues aunque no se ha esclarecido el mecanismo íntimo de tal influencia, es de esperar que la necesidad sentida frente a la ansiedad y sus altibajos anímicos facilite al portador la expectativa de obtener rápida y eficazmente un “bienestar” o una “eficaz evasión” por vía química, para no “tener que enfrentar la realidad”, tal como fue puntualizado consistentemente por las observaciones clínicas de los psicoterapeutas psicodinamistas hace varias décadas, aunque no describieran su proceso, como ocurre ahora en el entorno

posmoderno de la especialidad, desde un enfoque neurofisiopatológico más detallado y preciso.

La necesidad de contextualizar los aspectos psicodinámicos y la psicopatología del abusador y/o adicto a psicotrópicos, tema con el que la mayor parte de la comunidad, incluidos algunos profesionales, no está familiarizada, lleva a considerar que es imperativo para una introducción conceptual a su fenomenología (Souza, 2003g), complicaciones y comorbilidad (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003c; Kaufman, 1996).

Esta condición, fomentada en cierta forma por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios (Kayfman y McNul, 1992), se debe lo mismo a la prevaleciente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética comunitaria que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello, lo que se ve reforzado por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento (Souza, 2001d).

En dicha condición, la psicoterapia, de la que por cierto la mayor parte de la sociedad, el profesional de la salud y los médicos, incluso, no cuentan con gran conocimiento —aunque a veces la critiquen—, deviene fundamental para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología (Souza, 2000d; Souza, 1998a). La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral (Souza, 2002a; OMS, 1993; Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000b; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998), de modo que las generalizaciones y sobresimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática (Dazord, Gerin, Iahns y Andreoli, 1991; Freud, 1967).

Hay evidencia documental que señala que la psicopatología de los adictos participa del fenómeno recursivo multifactorial de consumo-daño-consumo (Souza, 2000e; Souza, 1990b; Velasco, 1997), lo cual se comprueba en muchos de tales casos. Cuando una persona sometida a una condición desfavorable encuentra un modo inmediato, perentorio y paliativo —pero ciertamente eficaz, aunque destructivo— de evadir su ansiedad, depresión, etc., considerará oportuno y conveniente refugiarse en la eliminación sintomática que resulta de consumir drogas, para evitar arrostrar las exigencias de la vida o todo aquello que le provoque tensión.

Hará esto sin darse cuenta de que a través de este mórbido seudorrecurso desencadena su patología (Karasu y Steinmuller, 1978; Koob, Sanna y Bloom, 1998; De Wit, 1998; Bellack y Small, 1978). Y así, con base en la evitación como "estilo de vida", el abusador y/o adicto participa con su psicopatología en la etiopatogenia y la circunstancialidad que la mantiene. No obstante que la dependencia se explica por la afección de la neuroquímica cerebral (tolerancia,

abstinencia y deseo-necesidad de consumo y conducta de búsqueda de la sustancia) y otras alteraciones vinculadas al daño corporal (Crown, 1979; Ehrenwald, 1977), se debe cuestionar qué papel desempeña la droga en el aparato emocional (Arieti, 1977; Musachchio, 1996; Souza, 1997; Casarino, 1988; Souza, 1997b; Souza, 2003g).

Ocurre que para el paciente abusador y/o adicto los objetos, personas y circunstancias son sólo proveedores de suministros, pero como éstos se desenvuelven en un registro enigmático y, por lo tanto, poco claro para ellos, cuando se resisten a ser objetos de esclavitud y manipulación, es decir, de suministro de la droga, son abandonados *ipso facto* (Souza, 2004a; Hartsough y Lamvert, 1987; Rezvani y Levin, 2001). Como no toleran el curso de vaivén que una relación humana implica, viven en el "facilismo", y suelen intentar escapar de aquélla refugiándose en la intoxicación.

He ahí la importancia de prever las recaídas, pues el vacío es la modalidad básica de vivencia subjetiva del adicto, que se atrapa a sí mismo en el laberinto de la adicción en su intento por escapar de su vacuidad y sinsentido (Casarino, 1988; Souza, 1997b; Souza, 2004a).

La comprensión psicodinámica de la modalidad relacional, así como la patología de personalidad y de la conducta descritas, lleva a concebir que cuando han existido desconexiones traumáticas producidas por fallas empáticas graves de la madre, que obligan al yo a sobreponerse a la impotencia de la desesperanza, o bien cuando, por falta de estímulos, el individuo se desconecta y busca en la autoestimulación las sensaciones de sentirse vivo, el recurso de las sustancias se constituye en el elemento al que se confiere una doble significación: la de buscar calmar la necesidad y la de tratar de llenar la carencia derivada del vacío estructural, que es, a la vez, expresión de hostilidad y destructividad (Casarino, 1988; Souza, 1997b).

Huelga decir que tal satisfacción buscada no se encuentra y que la saciedad, como se ansía, no existe. Llegado este punto, sólo faltarían por atender los asuntos intrapersonales y los interpersonales de las relaciones vinculares humanas. Y como no todas las personas responden a manejos somáticos de igual manera, tales manejos incidirán sobre diferentes aspectos del espectro psicopatológico en forma más intensa, pronta y adecuada que la psicoterapia. No obstante, con todo el escepticismo que pueda mostrarse respecto a la eficacia psicoterapéutica, siendo válido, omite la inherente aportación que brinda a la mejoría de los trastornos psiquiátricos (Wilens, Biederman, Spencer, Bostic, Prince, Monuteaux, 1999).

En consecuencia, se establece que el aludido traslape nosológico entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y adicciones es una negativa realidad que debe enfrentar el equipo de salud, así como el riesgo familiar para trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos por consumo de sustancias, que se ha incrementado en ambos, de acuerdo con los resultados de

estudios sobre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los de abuso y adicción (Biederman, Faraone y Spencer, 1993; Murphy y Barkley, 1996; Kaminer, 1992). Dicho riesgo mórbido se agrava aún más en presencia de trastornos comórbidos y/o trastorno afectivo bipolar, que facilitan el inicio más temprano del abuso y la dependencia de sustancias y, por otro lado, hacen más difícil su manejo y más sombrío su pronóstico. De ahí que la farmacoterapia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad sea conveniente *per se* y porque simultáneamente contribuye a reducir el riesgo para los trastornos adictivos (Biederman, 2002; Popper y West, 2002).

Los adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, por ejemplo, suelen prolongar la evolución del trastorno comórbido, empeorando a la vez su abordaje y evolución a largo plazo (Schubiner, Tzelepis, Isaacson, Warbasse, Zacharek y Musial, 1995; Levin y Kleber, 1995; Levin, Evans y Kleber, 1999). Sin duda, de ello se deriva la desmoralización de los pacientes y sus familiares (Casarino, 1988; Souza, 1997b; Souza, 2004a), que avanzan en la patologización del trastorno, vía comorbilidad, la cual representa un factor poco estudiado a la fecha que prohíja a la vez mayores fallas: un círculo vicioso de insania indeseable para la salud mental pública (Souza, 2003b; Souza, 1997b).

Además, la información respecto a la automedicación, como base psicosocial de las adicciones (Souza, 2000e), refiere que las preferencias juveniles aumentan para conseguir drogas (no tanto alcohol) en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y Lapadula, 1998; Kandel y Logan, 1984), amén de que los adictos a nicotina que padecen trastorno por déficit de atención e hiperactividad son, como se señaló anteriormente, los más renuentes al manejo, y casi nunca colaboran en el combate de su adicción (Biederman, 2003; Biederman, Faraone, Monuteaux y Feighner, 2000). Como esa adicción socialmente "bien" aceptada parece mejorar la sintomatología no nuclear del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es decir, el déficit de atención, se han ensayado algunos productos nicotínicos para su manejo en distintas modalidades (Hartsough y Lambert, 1987).

De modo similar, los jóvenes consumidores de mariguana a menudo describen un efecto sedante y de relajación interna, que podría "controlar" superficial y transitoriamente la sintomatología riesgosa del trastorno por déficit de atención e hiperactividad que lleva a la comorbilidad (Wilens, Spencer y Biederman, 1995; Biederman, Wilens, Mick, Milberger, Spencer y Faraone, 1995; Milberger, Biederman, Faraone, Wilens y Chu, 1997).

Por ello la potencial importancia de la automedicación —polifacético fenómeno de gran fuerza en nuestro país— (Souza, 2000e) requiere ser controlada de forma sistemática por las autoridades sanitarias, no sólo en relación con el estrecho vínculo entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y adicciones, mediado por los trastornos afectivo bipolar y de la

conducta antisocial, sino con los muy diversos perfiles conductuales que caracterizan los patrones de consumo poliusuario, reflejados en la iniciación y el mantenimiento de los síndromes adictivos (Souza, 2000e). En tal contexto, llama la atención, sin embargo, que los abusadores y/o adictos a psicotrópicos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, cuando adultos, no se distingan, por el tipo de drogas consumidas, de aquellos consumidores sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y Lapadula, 1998; Weiss, Hechtman, Milroy y Perlman, 1985). A diferencia de las opiniones anecdóticas, la cocaína y los estimulantes no están sobrerrepresentados en los casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De hecho, igual que en el caso de los no portadores de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la mariguana sigue siendo la droga ilegal más consumida (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y Lapadula, 1998).

El uso de drogas en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como es sabido, está apoyado en el consumo social y familiar de drogas y en la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en familiares de primer grado (Earls, Reich, Jung y Cloninger, 1988; Merikangas, Stolar, Stevens, Goulet, Preisig y Fenton, 1988).

Al respecto, cabe destacar que se han documentado ampliamente los aspectos genéticos vinculados a los hallazgos postsinápticos de transportador de dopamina DAT1 sobre el cromosoma 5 y los polimorfismos del receptor DRD4 sobre cromosoma 11, asociados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Murphy y Barkley, 1996; Wilens, Biederman, Spencer, Bostic, Prince y Monuteaux, 1999; Lahoste, Swanson, Wigal, Glabe, Wigal y King, 1996; Faraone, Biederman, Weiffenbach, Keith, Chu y Weaver, 1999), que sugieren la presencia de un mecanismo poligénico que admite, a la vez, la posibilidad de que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el consumo precoz de psicotrópicos representen una expresión particular de varios factores interactuantes (Cook, Stein, Krasowski y Cox, 1995; Souza, 2003a; Comings, Comings, Muhleman, Dietz, Shahbahrami y Tast, 1991).

Como puede colegirse de los planteamientos anteriores, de la necesidad de atender profesionalmente esta problemática se deriva una correcta evaluación y un adecuado manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su comorbilidad, los cuales deben ser parte de un plan unitario e integral que considere todos los aspectos de la vida adulta (Souza, 2005d; Brown, 1996).

Es decir, hace falta evaluar las distintas áreas relativas a la comorbilidad psiquiátrica, aspectos sociales, condición adictiva, aspectos cognitivos, educativos y familiares, entre otros, manejados vía entrevistas estructuradas y uso de escalas *ad hoc,* basadas en documentos clínicos, como la historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCPCA, en apoyo de una nosopropedéutica profesional acorde al problema para asegurar una

nosopropedéutica específica de tales casos (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo, Gaucín, 1998; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

En ella deben asumir cuidado especial los diagnósticos diferenciales y los que puedan aplicarse a la condición global del paciente, sin olvidar que los factores psicosociales contribuyen a la presentación clínica del cuadro a tipificar (Ebstein, Novick, Umansky, Priel, Osher y Blaine, 1996). De ahí que al efecto, y con base en la experiencia, se considere que los instrumentos codificados, las entrevistas estructuradas y las escalas sean de mucha utilidad (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo, Gaucín, 1998; Souza, 2005d; Conners y Jett, 1990).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad con trastornos por consumo de sustancias en adultos puede relacionarse con el desarrollo de procesos mentales de niños con impulsividad e hiperactividad (Brown, 1996) cuando ésta existe, o bien en aquellos pacientes que han mostrado testarudez, baja tolerancia a la frustración y conflictos crónicos en la relación interpersonal o con personas que representan autoridad.

La impulsividad relacionada con trastorno por déficit de atención e hiperactividad aparece especialmente problemática en adolescentes y adultos con trastornos por consumo de sustancias, y es, de hecho, el mayor obstáculo del tratamiento, a causa, entre otras cosas, del insuficiente apego mostrado, así como por su renuencia a aceptarlo (Millstein, Wilens, Biederman y Spencer, 1997).

De ahí que el manejo deba considerar simultáneamente las especiales necesidades de las personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y adicciones, pero de acuerdo con su importancia, colocando a estas últimas en el orden prioritario de la terapéutica (Carter y Edwards, 1998); por ejemplo, cuando se requiere estabilización, y dependiendo de su gravedad y duración, se podría internar al paciente o hacerlo ingresar a grupos de ayuda mutua, al margen del ataque a su comorbilidad.

La psicoeducación de pacientes y sus familiares, por otra parte, es un paso inicial de mucha ayuda que mejora el reconocimiento y manejo de esta nosología (Riggs, 1998; Wilens, McDermott, Biederman, Abrantes, Hahesy y Spencer, 1999). Pero la información preventiva-educativa no debe confundirse nunca con el apoyo psicoterapéutico que deba brindarse a pacientes y familiares (Ebstein, Novick, Umansky, Priel, Osher y Blaine, 1996; Souza, 2004f) (cuadro XII.4).

En efecto, se recomienda la utilización de sesiones estructuradas con metas dirigidas e involucramiento de un terapeuta proactivo con conocimiento amplio de ambos procesos mórbidos (McDermott y Wilens, 2000; Prochaska, DiClementi y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), independiente de otras acciones psicosociales y farmacoterapia, la cual, por cierto, es eficaz en reducir la sintomatología y los cuadros psiquiátricos concurrentes, vía agentes noradrenérgicos y antidepresivos catecolaminérgicos, que muestran cierta acción sobre el deseo-necesidad de consumo y su conducta de búsqueda de sustancia

inducida por las drogas de abuso (Prochaska y Prochaska, 1993; Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

La combinación metilfenidato-bupropión parece ser efectiva en pacientes cocaíno-dependientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad para contener y reducir las recaídas (Wilens, 2003). Asimismo, la venlafaxina es usada con éxito contra el abuso combinado de cocaína y alcohol (Levin, Evans, McDowell, Brooks y Nunes, 2002), en tanto otros autores manejan los síndromes adictivos mixtos con bupropión (Upadhyaya, Brady, Sethuraman, Sonne y Malcolm, 2001). Pero es el metilfenidato el que ha dado los mejores resultados (Levin, Evans, McDowell, Brooks, Rhum y Kleber, 1998).

En ocasiones, y tratándose de adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y adicciones, los agentes estimulantes (atomoxetina), antidepresivos (bupropión, venlafaxina) y estimulantes de larga acción son preferibles (Prince, Wilens, Waxmonsky, Hammerness, Monuteaux y Goldman, 2002; Schubiner, Saules, Arfken, Johanson, Schuster y Lockhart, 2002; Levin, Evans, McDowell y Kleber, 1997; DEA, 1995), debido a su baja posibilidad de abuso (Jaffe, 2002). Algunos autores estiman de mayor utilidad el metilfenidato que las anfetaminas y las metanfetaminas (Schubiner, Saules, Arfken, Johanson, Schuster y Lockhart, 2002; Levin, Evans, McDowell y Kleber, 1997).

Como quiera que sea, la elección del antidepresivo debe ser cuidadosa, no sólo porque se ha encontrado potenciación entre las drogas de abuso, como la mariguana y los tricíclicos, sino porque toda prescripción amerita monitoreo, evaluación de la efectividad y coordinación entre los terapeutas responsables del manejo del paciente.

Por último, en este punto también es importante mencionar que no existe evidencia de que la medicación antitrastorno por déficit de atención e hiperactividad exacerbe la condición sindromática de las adicciones (Wilens, Biederman y Spencer, 1997; Grabowski, Roache, Schmitz, Rhoades, Creson y Korszun, 1997; Shearer, Wodak, Mattick, Van Beek, Lewis y Hall, 2001; Volkow, Ding, Fowler, Wang, Logan y Ding, 1998; Volkow, Wang, Fowler, Logan, Gerasimov y Maynard, 2001), lo cual ofrece tranquilidad al equipo de salud involucrado con el manejo (Volkow, Wang, Fowler, Logan, Franceschi y Maynard, 2001).

A efecto de subrayar la importancia de la comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se enfatiza a continuación la documentada relación entre este trastorno y los síndromes adictivos. Se ha demostrado que los adolescentes que padecen trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ya sea comórbidos o de trastorno afectivo bipolar, como parte de la evolución de su cuadro clínico muestran un mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de sustancias, aunque el trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin comorbilidad puede, *per se*, representar un riesgo para los síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia, abuso y adicción (Wilens, Spencer y Biederman, 1996;

Schubiner, Tzelepis, Isaacson, Warbasse, Zacharek y Musial, 1995; Levin y Kleber, 1995; Levin, Evans y Kleber, 1999). Se refiere asimismo la destacada participación de ambos fenómenos de injerencia constante en la vida de estos pacientes: el genético, el psicofamiliar y la automedicación, que actúan sobre el desarrollo del trastorno por consumo de sustancias en personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, cuyas peculiaridades los hacen ser más proclives que cualquier otra persona de la población general a contraer una variada comorbilidad (Biederman, 2002). Una vez afectados de abuso o adicción, los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad requieren una intervención multimodal, incorporando tratamiento antiadictivo y el respectivo contra otras patologías mentales; de ahí la dificultad para abordar simultáneamente la versatilidad requerida por este trastorno y su comorbilidad.

CUADRO XII.4. *Eficacia farmacológica en adultos y comorbilidad TDAH y trastornos por consumo de sustancias*

Autor	*Droga*	*Fármaco*	*Semana*	*Dosis/ día*	*Retención promedio*	*Evolución*
Levin, 1998	cocaína adicción	Metilfenidato	12	40-80 mg	8/12	Mejoría TDAH a disminución del consumo, urinálisis negativo
Upadhyaya, 2001	OH-cocaína abuso-adicción	Venlafaxina	12	300 mg	19/32	Mejoría TDAH y disminución craving OH craving
Levin, 2002	cocaína adicción	Bupropión	12	250-400 mg	10	Reducción TDAH y D-NIC en adictos negativo
Prince, 2002	abuso mixto	Bupropión	6	100-400 mg	19/32	Reducción TDAH disminución D-NIC
Schubiner, 2002	cocaína	Metilfenidato	3	90 mg	25/48	Reducción TDAH disminución D-NIC

RESULTADOS

Estudios	*Objetivo*	*Manejo*	*Duración*	*Dosis*	*Porcentaje*	*Conclusión*
5	TDAH y TCS mixto	Bupropión = 2 MPH = 2 Venlafaxina = 1	6-13 semanas	Dosis moderadas	66/113 58%	Reducción TDAH y consumo de sustancias con disminución del D-NIC

FUENTE: Modificado de Wilens, 2004.

La farmacoterapia de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y adicciones requiere, además, considerar la posibilidad de abuso e interacción potencial y diversos tipos de quejas, derivadas de los posibles

efectos que dichas medicaciones puedan producir. En tal contexto, se hace necesaria una muy amplia información respecto del vínculo entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos por consumo de sustancias, precisamente porque no se han cubierto todas las dudas que aportan las áreas que abarcan estas entidades.

Por lo que toca a este punto, se subraya el sorprendente hecho de que aún se desconocen distintas cuestiones clave que repercuten en el manejo de los pacientes y sus familiares, como los mecanismos por los cuales los pacientes no tratados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad mejoran e, incluso, en ocasiones abandonan su abuso y/o adicción psicotrópica (Saffer, 1979; Biederman, 2002; Orjales, 1998; Popper y West, 2002). La influencia de un adecuado manejo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y posteriormente del síndrome adictivo debe seguir siendo investigada con mayor profundidad en futuros trabajos sobre el tema, y establecidos más clara y contundentemente sus aspectos clínicos, si se desea poder contar con una mejor evaluación clínica integral de los casos, independientemente de su convergencia casi *a fortiori* con otras nosologías.

Para finalizar, debido a la frecuente coexistencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, adicciones y otros trastornos semejantes, se debe ser cuidadoso al establecer el diagnóstico diferencial. La práctica y la experiencia clínicas deben tomar en consideración la pléyade de factores interactuantes y el uso adecuado de instrumentos diagnósticos, apoyados en la investigación, porque son a su vez forjadores de ella.

Esta comorbilidad particularmente difícil, relevante por sí misma, debido a su impacto individual, familiar y social, reclama una participación más específica y enérgica de parte del profesional de la salud, las autoridades y todos aquellos involucrados, para hacer realidad el paradigma humanista de la especialidad: el arte, la técnica y la ciencia del hombre, al servicio del hombre (Souza, 2000e).

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un síndrome congénito de inicio precoz y etiología genética o neurológica modificable por experiencias vitales. La condición socioeconómica, variables familiares, grado de instrucción y capacidad para solicitar y utilizar atención médica influyen en el trastorno y su variada comorbilidad. De hecho, múltiples etiologías, circunstancias ambientales, procesos del desarrollo y trastornos psiquiátricos producen hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, que pueden complicarse, o bien reorientarse terapéuticamente hacia actividades útiles.

Para fines clínicos, es primordial la valoración preterapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad a efecto de descartar patologías

concomitantes, como los procesos conductuales, afectivos, ansiosos, disociales, etc., y más específicamente la automedicación, que contribuye a la producción de los síndromes adictivos a psicotrópicos. Se ha documentado un traslape entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y abuso/adicción a psicotrópicos en población infantojuvenil y adulta, donde la identificación adecuada de los factores de riesgo podría permitir su oportuna detección en los primeros niveles de afectación, y con ello reducir quizá su expresión clínica, al disminuir la morbilidad y mejorar el pronóstico de los casos a largo plazo.

La terapéutica antiadictiva multimodal en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad —y de modo especial cuando ya existe comorbilidad adictiva— requiere cumplimiento de metas, cuidado de interacciones medicamentosas, mantenimiento de una adecuada relación terapéutica e investigación etiopatogénica para su eventual bloqueo correctivo y preventivo. Esta comorbilidad particularmente difícil, relevante por sí misma, debido a su impacto individual, familiar y social, reclama una participación más específica y enérgica de parte del personal que forma el equipo de salud, las autoridades y todos aquellos involucrados.

XIII. BEBIDAS "ENERGIZANTES", SALUD Y EDUCACIÓN SOCIAL*

LAS BEBIDAS "energizantes" que empezaron a circular en los años sesenta —al importarse de Tailandia para su comercialización en Europa por parte de Dietrich Mateschitz— dejaron cerca de 200 millones de dólares. En 2005 produjeron 3 000 millones sólo en los Estados Unidos, con crecimiento de 61% en relación con el año previo, y el pronóstico de que sus ventas llegarán a 540 millones entre 2006 y 2008, más del doble del aumento esperado para refrescos (210 millones), agua embotellada (130 millones) y bebidas "deportivas" (290 millones). Su consumo desmesurado hace más de 20 años en Europa, 10 en los Estados Unidos y nueve en México y otros países latinoamericanos las tiene en la "preferencia" juvenil.

Las marcas más difundidas son la finesa Battery, las austriacas XTC, Dark Dog, Private Energy, y las holandesas Red Bull y Red Devil, que preocupan a los profesionales por distintas razones de salud (www.t1msn.com.mx/Salud/ciencia(art004salciebebidas/Default.asp). No obstante, por lo lucrativo del asunto, sus productores las difunden bajo cualquier premisa, como la de que sus costos por unidad son inferiores al promedio de las bebidas alcohólicas.

Las bebidas "energizantes" se producen en Alemania, Austria, los Estados Unidos y México bajo fórmulas cambiantes según su impacto comercial —aunque algunos países tienen prohibida su venta—, cuya versatilidad alcanza bares, discotecas, restaurantes botaneros, centros universitarios de reunión, gimnasios, gasolineras, supermercados e incluso algunas farmacias. Argentina incrementó 10-15 veces su consumo y a la fecha se adquieren de seis a ocho millones de unidades al año.

Brasil acapara un gran segmento poblacional entre 18-40 años, con venta anual de 900 000 latas/semana de 23 marcas, a un costo promedio de 2-2.5 dólares. De modo que la evidente razón mercantil de su presencia no deja duda de que se trata de lucrar con los jóvenes, dado que es un mercado de cerca de 1 000 millones de dólares, con un crecimiento anual promedio de 30% (www.t1msn.com.mx/Salud/ciencia/art004salciebebidas/Default.asp). Entre los psicotrópicos que ingresaron a Perú en los últimos años está la 3,4-metilen-

dioxi-metanfetamina, MDMA (éxtasis) y poco más tarde los sintéticos ketamina y fenciclidina y luego el gamma-hidroxi-butirato, GBH, anabólicos, anfetaminas, efedrina y sus derivados y las bebidas "energizantes" (1997). Estas últimas, de consumo regular con fines de "diversión" en reuniones juveniles *(raves),* a la par de otras como MDMA, se consumen también con supuestos fines de hidratación, asociados con prácticas deportivas (Kuriyama y Hashimoto, 1998; Shekelle, Hardy, Morton, Maglione, Mojica, Suttorp, Rhodes, Jungvig y Gagne, 2003).

Desde la aparición de las primeras bebidas "energizantes" han surgido casi 200 marcas, tendencias y categorías: "afrodisiacas", dietéticas o sin azúcar, nutricionales y, para los más aguerridos, envases de mayor capacidad. En México su precio varía según el sitio donde se expendan, la hora y circunstancias de compra-consumo, de 25 a 85 pesos por envase de 250-500 ml, y su publicidad en diferentes medios, calificada por legisladores y especialistas como falsa, se debe a que prometen "hacer volar" al joven, despertar sus sentidos, estimular la memoria, mantener la alerta mental y la rapidez de reacciones, etcétera.

Las reacciones esperables —no siempre alcanzables—, como se sabe, se derivan, entre otras, de la interacción farmacodinámica, la variación de las dosis de los elementos contenidos y las características individuales del usuario (Blokland, 1996; Rusted y Warburton, 1991; Eaton-Williams y Warburton, 1991; Scholey, 2001; Scholey y Fowles, 2002; Smith, Clark y Gallagher, 1999; Smith, Brice, Nash, Rich y Nutt, 2003; Sünram-Lea, Foster, Durlach y Pérez, 2002; Scholey, Harper y Kennedy, 2001). Chile cuenta con tres marcas (Battery, Speed y Red Bull) que dominan el mercado, dispersando la "garantía" de que consumirlas *permite "bailar toda la noche": placer sin fin… y como son inocuas, pueden combinarse con alcohol* (Ferreira, De Mello y Oliveira, 2004; Jain, Mehta y Billie, 1999).

Lo cierto es que su efecto "energizante" se deriva de una pléyade de sustancias (Biaggoni, Paul, Puckett y Arzubiaga, 1991; Nehlig, Daval y Debry, 1992; Pincomb, Wilson, Sungh, Passey y Lovallo, 1991; Quinlan, Lane y Aspinall, 1997) no descritas en la etiqueta. Algunos las llaman "alternativas", "smart drinks", etc., por su efecto en cada persona, distinto del publicitado (Murray, 2006); su consumo en "after hours" las hace especialmente peligrosas, al combinarse con distintas drogas. No obstante, hay quien las considera "propias para deportistas y ejecutivos", confusión que entraña, además de una mentira, una deliberada manipulación que bloquea el cuestionamiento del consumidor acerca de su "utilidad" y les permite a productores y expendedores ampararse en supuestos beneficios. Y si bien las bebidas "energizantes" no se venden como medicamento, su contenido estimulante y potencialmente adictivo (APA, 2001; OMS, 1993; Koelega, 1998; Souza, 2000e) debería, por lo menos, leerse en la etiqueta.

Cabe aclarar que quienes practican deporte de modo profesional tienen un metabolismo en el que este tipo de bebida casi no ejerce influencia y produce

distintos resultados. Los deportistas dedicados a actividades de alto rendimiento (atletismo, ciclismo, natación, triatlón, etc.) las usan como “estrategia” para incrementar su rendimiento e inducir hipertrofia muscular y fuerza (fisicoculturismo, levantamiento de pesas, lucha libre, etc.) (Cuisinier, 2001).

También las usan para “favorecer el desempeño e incrementar el rendimiento (Alford, Cox y Wescott, 2001); para mejorar la recuperación tras la fatiga, mantener la salud durante los intensos periodos de ejercicio y reducir la grasa corporal” (Seidl, Peyrl, Nicham y Hauser, 2000a; Bucci, 2000). Sin embargo, pese a que no está documentado el beneficio, se continúa el mito que ampara sus mercantiles intenciones. La Comisión de Nutrición y Alimentos para Usos Dietarios Especiales de la OMS las definió como: “Bebida utilizada para proveer alto nivel de energía proveniente de carbohidratos, grasas y proteínas, al cuerpo” (Bucci, 2000).

Pero las bebidas “energizantes” no compensan la pérdida de agua y minerales derivada de la actividad física, con lo que se prohíja la confusión, ya que el término “energía” utilizado en el nombre y la descripción de estos productos alude al “efecto farmacológico de sus ingredientes”, mas no a la provisión de calorías, como sería lo correcto (Reid y Hammersley, 1995).

Cuando las bebidas “energizantes” se consumen tras una actividad extenuante o prolongada, reponen, con su alta dosis de carbohidratos, los que se pierden en ella, y que al recuperarse hacen que la persona “sienta menos fatiga”. La cafeína, guaraná, taurina y vitamina B, junto con el azúcar, potencian el rendimiento físico y las hace preferidas de los deportistas que realizan más de una hora de ejercicio intenso (ACSM, 2000), que deben combinarlas siempre con agua u otros líquidos hidratantes para reducir la deshidratación y la uresis (osmótica y diurética) que provocan (Magkos y Kavouras, 2004; Charness, Simon y Greenberg, 1989; Valenzuela, 1997).

Y aunque también se usan para “estudiar hasta tarde”, o “aguantar las fiestas planeadas para muchas horas sin parar”, manejar largas distancias (Cuisinier, 2002; Riesselman, Rosenbaum y Schneider, 1996; Horne y Reyner, 2001), etc., no coadyuvan al metabolismo (Reyner y Horne, 2002), pese a que las vitaminas del complejo B contribuyan a aliviar dolores y tensiones musculares (Rogers, Martin, Smith, Heatherley y Smit, 2003); se ignora su efecto a largo plazo.

Opiniones autorizadas afirman que las bebidas “energizantes” no son perjudiciales en sí mismas (Toubro, Astrup, Breum y Quaade); ello depende de la interacción agente, huésped y ambiente (Souza, 2000e). Fueron hechas, según sus productores, “para incrementar la resistencia física, proveer reacciones más veloces, mayor concentración, aumentar el estado de alerta mental, evitar el sueño (Souza, 2000e; Smith y Miles, 1986; Smith, Kendrick, Maben y Salmon, 1994; Smith, Rusted, Eaton-Williams, Savory y Leathwood, 1990), proporcionar sensación de bienestar (Smith, Maben y Brockman, 1994; Seidl, Peyrl, Nicham y Hauser, 2000b), estimular el metabolismo, e incluso para ayudar a eliminar

sustancias nocivas del cuerpo". Y como tal, provocan una euforia que hace permanecer activo por varias horas a quien las ingiere y "enmascarar", sin neutralizar, el efecto etílico, alterando la homeostasis.

A menudo se utilizan en forma equívoca, lejos del "propósito original", y se sabe que forman parte del plan de muchos jóvenes de México para librar "el alcoholímetro", lo que resulta inútil dado que la alcoholemia no disminuye con su ingestión (Rosenbaum, Rieselmann y Schneider, 1998).

Visto desde su impacto epidemiológico, el asunto es preocupante, pues el consumo etílico en adolescentes de 12-17 años aumentó 3.6% en el caso de los varones y 1.5% en mujeres, según la última encuesta nacional (ENA, 2003; Castillo, Gutiérrez, Díaz Barriga, Sánchez y Guisa, 2002). En México existen 300 000 menores con problemas de alcoholismo; la edad en que los niños mexicanos inician el consumo descendió a 10 y 12 años de edad; la adicción es mayor entre mujeres, y tales cifras duplican sus porcentajes cuando los jóvenes ingresan al bachillerato (ENA, 2003; Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco y Medina-Mora, 2004). Cabe destacar que estas bebidas "reparadoras", en letra muy pequeña, difícil de leer, en sus envases —lata, botella de vidrio o plástico—, especifican sólo parcialmente los nombres y cantidad de su contenido.

La preocupación de la OMS alerta a la población sobre el potencial riesgo de combinarlas con alcohol (Jain, Mehta y Billie, 1999) y otras drogas. Así, las bebidas "energizantes", estimulantes cafeínicos sin efecto hidratante, se expenden en México en varias marcas (Red Bull, Adrenaline Rush, Hype Energy, Dark Dog, Piraña, Lipovitan B3, Sobe Rush, XTC, Blue Shot, Monster, Roaring Lion). Su uso delicado ha hecho que los propios productores incluyan la leyenda: "El consumo de esta bebida es responsabilidad exclusiva de quien la consume o recomienda", a efecto, claro está, de eximirse de la responsabilidad de su ingestión.

Las bebidas "energizantes" reúnen, además de su sugestiva apariencia y nominación, acorde con la intención de su venta, diseños llamativos con colores y figuras provocativas, caracterizando "retos de consumo" de colorida presentación. Las imágenes igualmente llamativas (perros, lobos, toros), símbolos químicos, o que simulan un trueno, son agresivas, en especial una cuyo envase tiene forma de granada explosiva (Bomba), que la semeja, con todo y espoleta, lista para jalarse y lanzar el explosivo...

Todo ello, unido a la manipulación publicitaria, induce a sus consumidores a no advertir o, en su caso, a pasar por alto las advertencias y recomendaciones escritas en los envases.

El ahora famoso Red Bull se promueve como "Esta bebida es mucho más que una bebida 'gaseosa', es una bebida energética... (Alford, Cox y Wescott, 2001). Está hecha para momentos en los cuales el estrés físico y mental aumentan, y para mejorar la resistencia". Su mensaje dice: "vitaliza mente y cuerpo", lo que no significa que sea exclusiva del espacio deportivo, sino extensible a cualquier

momento. La compañía explica que es una bebida concebida para deportistas, especialmente para actividades que requieren recuperación inmediata (carreras de aventura, montañismo y esquí), ya que "mejora el rendimiento físico y el estado de alerta, aumenta la concentración y la rapidez para reaccionar y estimula el metabolismo" (Alford, Cox y Wescott, 2001).

Producidas para abastecer de energía, contienen altas dosis de carbohidratos, que las hacen hipertónicas, y cuya osmolaridad mayor que los líquidos corporales propicia que uno de los riesgos para el segmento poblacional al que influye, movido por el exceso de excitación, sea ingerir hasta varias latas en un episodio breve de consumo. Tal es el caso de un joven que acudió a la Cruz Roja en la ciudad de Puebla por haber consumido 10 latas con whisky, en una noche (Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco y Medina-Mora, 2004).

El auge de las bebidas "energizantes" puede acaso depender, entre otras razones, de la confusión del producto con bebidas hidratantes para la reposición de los deportistas, amén de la ignorancia y el comportamiento osado de los grupos juveniles, característica de esa etapa de la vida. Pero las bebidas "energizantes" se diferencian de las hidratantes en que estas últimas contienen sodio que acelera el proceso de absorción del azúcar y potasio, reponiendo lo perdido a través del sudor; son *isotónicas,* mientras que las bebidas "energizantes" son *hipertónicas;* por ende, su función y efectos son distintos. Lamentablemente, las bebidas "energizantes" han ganado popularidad al tomarse de modo erróneo como simples refrescos.

Pero, cabe señalar, las bebidas hidratantes nacieron como tales; son para deportistas (tienen sólo 24 cal/100 ml, equivalente a la mitad de las calorías de un jugo de fruta o un refresco); concebidas para beberse durante la actividad deportiva, no contienen gas ni cafeína, ni tienen contraindicaciones.

En tanto las bebidas "energizantes" podrían ser tomadas antes o después del entrenamiento, pero no durante él, ya que su alta dosis cafeínica, además de como estimulante (Nehlig, Daval y Debry, 1992), actúa como diurético, lo que contribuye a la fatiga y la deficiente función física (Hughes y Oliveto, 1997). La falta de una clasificación oficial de las bebidas que influya en su regulación permite que ambas sean utilizadas equivocada e indiscriminadamente por un amplio sector social (Haller, Jacob y Benowitz, 2004).

En otros países las consideran, sin serlo, bebidas "refrescantes", y en Argentina "suplementos de la dieta", por lo que es necesario señalar que en ello no sólo hay confusión sino deliberación, al utilizar como propia la publicidad de las bebidas hidratantes y demás bebidas sin tóxicos. Dado que las bebidas "energizantes" no son hidratantes, ni buscan el balance celular de sales (ACSM, 2000), etc., es indudable que tal "error de información" no desea eliminarse.

Una lata de bebidas "energizantes" de 250 ml que se expende en nuestro medio *sin ninguna restricción* contiene 80-100 g de cafeína y 250-350 g de taurina (Ament, 1986). Por eso algunos de los principales efectos de su consumo

van del aumento del nivel de actividad y el tono de la conciencia hasta la disminución del apetito y la necesidad de dormir, aumento de frecuencia cardiaca y tensión arterial. A dosis altas, un consumo cafeínico diario superior a 250 mg (tres a cuatro latas/día) ocasiona arritmias, ansiedad, irritabilidad, dificultades de concentración, aumento de la sensibilidad y ROT, diarreas, temblores y la conocida gastritis.

El consumo a dosis altas, con alcohol o asociadas con MDMA, podría ocasionar sobredosis de consecuencias fatales (Charness, Simon y Greenberg, 1989; Toubro, Astrup, Breum y Quaade; Souza-Formigoni y Boerngen, 2006). Nótese como, en un mundo acelerado y sin lugar para el descanso, cada vez más los diferentes tipos de producto lanzan su versión "estimulante": chicles que aportan energía, barras de cereal "especial" e incluso medicamentos "energizantes" de venta libre. Y si bien los refrescos de cola regulares contienen cafeína, que produce un leve estado de excitación, éste es insuficiente en deportistas "fuertes" y gente que disfruta de la noche y requiere fuerza extra para mantenerse en pie (ACSM, 2000).

En tal sentido, debe tenerse en cuenta que el consumo cafeínico excesivo puede provocar dependencia (APA, 2001; OMS, 1993), cuya abstinencia produce cefalea, irritabilidad y somnolencia patológica (Warburton, Bersellini, Sweeney, 2001; Lane y Phillips-Bute, 1998; Nehlig y Boyett, 2000; Ellenhorn, 1997).

En el deporte la cafeína es considerada una sustancia restringida y su uso es permitido oficialmente en tanto no alcance una concentración urinaria de 12 mcgr/l. La ingesta de dos cafés regulares produce alto nivel de aquélla en orina tras de dos a tres horas de su ingestión. Sobrepasar estos valores se considera "dopaje", por influir sobre el rendimiento.

Un peligro latente de la sobredosis cafeínica más el efecto etílico es el cuadro de excitación, alteración cardiaca, desorientación, *delirium*, convulsiones, derrame cerebral u otros trastornos neurológicos (Liguori y Robinson, 2001; Fudin y Nicastro, 1988; Worrall, Phillips y Henderson, 2005). Por lo tanto, es una deseable materia de la educación para la salud (Souza, 1982) destacar que el incremento de aquélla ayuda al reconocimiento del efecto de ciertas sustancias frecuentemente consumidas, legales y socialmente aceptadas (té, café, alcohol y tabaco) (Souza, 1984b) que contienen psicotrópicos; esto podría ayudar al público a distinguir los tipos y patrones de consumo (Souza, 2003d).

Además, las bebidas "energizantes" con alcohol reclaman un incremento funcional del aparato cardiovascular que pone en riesgo el medio interno, al bloquear los mecanismos normales de adaptación (Ferreira, De Mello y Oliveira, 2004; Jain, Mehta y Billie, 1999). En consecuencia, puede aparecer alta tensión arterial y complicaciones que pueden producir un infarto, enfermedades esperables en personas de mayor edad. Es probable que la frecuente asociación de drogas desempeñe un papel importante en estos daños a la salud (Bonci, 2002), y dado que las bebidas "energizantes" en sí mismas no tienen propiedades

terapéuticas, no deben considerarse relacionadas con la salud (Soutullo, Shekelle, Hardy, Morton, Maglione, Mojica, Suttorp, Rhodes, Jungvig y Gagne, 2003).

Grupos de estudiantes o personas que desean permanecer despiertos más tiempo optan por estas bebidas como "antídoto del cansancio" y para compensar el bajo rendimiento escolar. Deplorablemente, olvidan, ignoran o pretenden subestimar sus efectos nocivos en pro de la aceptación de su grupo de pares, de vivir una experiencia distinta o "situarse en la moda".

Es frecuente que en época de exámenes se abuse de ellas, alterando el funcionamiento normal; en el caso de combinarlas con metanfetaminas, cocaína u otros psicotrópicos, provocan mayor probabilidad de sufrir hipertensión arterial, derrame vascular cerebral u otra patología neurológica (Soutullo, Shekelle, Hardy, Morton, Maglione, Mojica, Suttorp, Rhodes, Jungvig y Gagne, 2003).

Es sabido que en algunas reuniones en las que se consume MDMA el propósito es participar o bailar toda la noche. Al mezclarlas y continuar el ejercicio (baile), la persona tiende a deshidratarse; puede producirse hipertermia (golpe de calor) y, en algunos casos, convulsiones. Se ha documentado que el rendimiento de los estudiantes no mejora, ni en los exámenes ni en sus calificaciones, luego de tomar las bebidas "energizantes", y que en algunos de quienes han estudiado muchas horas continuas las calificaciones resultan deficientes o incluso reprobatorias, pese a haber pasado varias noches ingiriéndolas.

Todo el mundo sabe, respecto del estudio, que su éxito no está en ingerir bebidas "energizantes" sino en incrementarlo diariamente, mantener una buena alimentación y cuidar las horas de sueño (Soutullo, Shekelle, Hardy, Morton, Maglione, Mojica, Suttorp, Rhodes, Jungvig y Gagne, 2003). Los estudiantes las toman quizá porque piensan que restaurarán sus energías, lo que es un error, pues está documentado que las bebidas "energizantes" no son como las tradicionales infusiones frías (tés) (Biaggoni, Paul, Puckett y Arzubiaga, 1991).

Las revisiones de su contenido confirman que contienen tal pléyade de componentes de cierto riesgo que, mezcladas con alcohol, son aún más tóxicas (Biaggoni, Paul, Puckett y Arzubiaga, 1991; Magkos y Kavouras, 2004). Por ejemplo, las yerbas de acción simpaticomimética derivadas de la efedra y el ginseng son factor de riesgo documentado de vasculopatía cerebral, hemorragia subaracnoidea y vasoespasmo agudo (Magkos y Kavouras, 2004; Soutullo, Shekelle, Hardy, Morton, Maglione, Mojica, Suttorp, Rhodes, Jungvig y Gagne, 2003; Chen, Biller, Willing y López, 2004).

Además, la diabetes, por su compromiso vascular, hace al portador más susceptible de padecer problemas vinculados al consumo de esas bebidas (Worral, Phillips y Henderson, 2005). Asimismo, la cafeína y demás elementos pueden actuar como "disparadores" de dependencia (Worral, Phillips y Henderson, 2005; Scholey y Kennedy, 2004) y compulsión para consumir otros

psicotrópicos (APA, 2001; Souza, 2000e; Lane y Phillips-Bute, 1998; Nehlig y Boyett, 2000) o provocar otros problemas cardiovasculares (Greenlund, Croft y Mensah, 2004), razón por la cual algunos países como Colombia, Chile, Argentina y Ecuador evalúan la posibilidad de restringir su venta (Rojas, 2006).

Por otro lado, revisiones epidemiológicas señalan que los grupos de estudiantes de igual edad que fuman tienen más alto riesgo de consumir otras drogas que los que no fuman; los niños que no van a la escuela consumen más precozmente y mayor número de drogas que los que acuden a ella, dando lugar a que, como factores de protección, actúen sobre los grupos para alejarlos del consumo (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d).

De ahí que las bebidas "energizantes" no deberían consumirse con tales propósitos, ni en grandes cantidades ni por personas con problemas de salud. Además, están contraindicadas en mujeres embarazadas, niños y personas que no toleren los estimulantes, como ciertos pacientes con trastorno mental (Ellenhorn, 1997; Liguori y Robinson, 2001).

La herbolaria también tiene efectos secundarios, en especial si se usa de manera inadecuada o por parte de personas con problemas de salud conocidos o latentes. Por ello es conveniente que la gente sepa, o bien recuerde, que las yerbas no son "buenas" sólo por ser naturales: como la mariguana, no todas son medicinales; como el peyote, algunas causan psicosis, y otras pueden matar, como ciertos hongos venenosos.

Las bebidas "energizantes" comparten los efectos de ciertos medicamentos, y aunque en la etiqueta se ostente "que se trata de productos naturales", esto no significa, de ninguna manera, que no puedan causar daño. Tal ignorancia candorosa deviene peligrosa, y su pertinente clarificación en la población general es tarea activa y perenne de la educación en salud (Souza, 1982; Souza, 2003d).

Algunas bebidas "energizantes" de venta en México (XTC y Blue Shot) tienen una fórmula superior a otras (Red Bull) (Alford, Cox y Wescott, 2001; Souza Formigoni y Boerngen, 2006), y aunque dicen no contener cafeína añadida, al sumar su base de energizantes naturales y su contenido de vitaminas, el contenido podría ser superior a lo publicitado. En tanto no se cuente con la descripción exacta y cotejada de sus ingredientes, es viable la posibilidad de la clásica engañifa comercial con fines lucrativos. Además, algunas se recomiendan para diabéticos "por su muy bajo contenido de azúcar", sin considerar otras patologías o condiciones de salud que acarrean importantes riesgos (Franconi, 1995).

La fórmula de XTC dice también que es "dietética y más completa que la competencia". El producto afirma: "no pretender curar enfermedades ni estar recomendado para niños o pacientes con problemas cardiacos, debido a su acción energizante", pero las recomendaciones del envase señalan: "Consultar al médico o profesional de la salud si está tomando alguna medicación. No exceder

de dos tomas diarias. Recomendable para mayores de 18 años". Sin embargo, no se aclara que tal consumo siempre estará en relación directa con las actividades a realizar en el día, ya que la dosis no podrá ser la misma para una persona sedentaria que para quien realice ese día, o habitualmente, actividades físicas y/o mentales fuertes.

Otra marca (Red Bull) dice ser concebida para: "periodos de estrés mental y físico" y "puede ser bebida en virtualmente cualquier situación, mientras se practica un deporte o se conduce, en el trabajo o en actividades de esparcimiento"; sus 80 mg y más de cafeína (equivalente a tres cafés de grano de volumen regular), amén de otro estimulante (taurina, 1 000 mg), elevan los niveles de adrenalina y el estado de alerta (Cañas, 2002).

Las propiedades atribuidas a este aminoácido como "suplemento deportivo" se basan en estudios tendientes a justificar su uso en ese ámbito y diversas patologías (Cañas, 2002; Passmore, Kondowe y Johnston, 2004). Y no obstante que los estudios sobre estas bebidas son escasos, esta marca ya fue prohibida en algunos países, debido a la preocupación sobre los efectos a largo plazo de la taurina a dosis elevadas.

Como ocurre con las xantinas (del café, té, chocolate y bebidas de cola), la recomendación médica alerta sobre el consumo excesivo de bebidas "energizantes" por su alta dosis de estimulantes por unidad (Scholey y Kennedy, 2004), más la que se debe a otros simpaticomiméticos de su contenido y el efecto derivado de la combinación con otros ingredientes: glucosa, aspartame, niacina, ácido pantoténico, vitaminas B6 y B12, entre muchos otros.

Ello hace decisivo insistir en que, en la mayoría de los casos, las bebidas "energizantes" de venta en México, al omitir ingredientes y sus dosis, malinforman sobre su contenido. Al respecto, afirma el Human Performance Laboratory de la Universidad Estatal Ball de Indiana que la mezcla de tales elementos más alcohol causa fallas cardiovasculares (Jain, Mehta y Billie, 1999; Chen, Biller, Willing y López, 2004). La pregunta, por lo tanto, no sólo es si las bebidas "energizantes" son o no seguras para la salud, sino por qué el individuo contemporáneo tiene tan poca energía como para tener que recurrir a ellas.

Algunos estudios señalan que el "estado de letargo es algo que muchas personas crean, como resultado de varios factores, entre ellos una dieta pobre y de baja calidad, estilos de vida estresantes, cargas emocionales negativas y falta de horas de sueño y de ejercicio". De lo que se concluye que dichos brebajes no son solución práctica o saludable, ni solas ni con alcohol (Ferreira, De Mello y Oliveira, 2004).

Es más recomendable aumentar la energía de forma natural llevando una dieta sana y haciendo ejercicio de manera regular. Cabe destacar que la consecuencia de los efectos de las bebidas estimulantes descritas en la bibliografía incluyen la producción y/o mantenimiento de cuadros de psicosis (Machado-Vieira, Viale y Kapczinski, 2001; Cottingham y Keck, 1999; Tormey y

Bruzzi, 2001; Fekkes, Pepplinkhuizen, Verheij y Bruinvels, 1994) por sus componentes psicoactivos (cafeína, taurina e inositol), así como exacerbación de síntomas maniacos por cafeína (Smit y Rogers, 2002; Smith, 2000; Smith, 2002; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994), cuyo consumo fuerte empeora los brotes episódicos de la enfermedad bipolar (Kilzieh y Akiskal, 1991).

La taurina se relaciona con brotes agudos de psicosis y el inositol con la regulación de las membranas neuronales, con la participación de otras proteínas del sistema fosfatidiol-inositol. La administración de bebidas "energizantes" en ciertas personas se asocia con la producción de cuadros de manía y otras disfunciones (Nehlig, Daval y Debry, 1992; Machado-Vieira, Viale y Kapczinski, 2001; Cottingham y Keck, 1999; Tormey y Bruzzi, 2001; Fekkes, Pepplinkhuizen, Verheij y Bruinvels, 1994; Smit y Rogers, 2002; Einat y Belmaker, 2001; Anand, Verhoess, Seneca, Zoghbi, Seibyl y Charney, 2000).

Se ha constatado que los ingredientes de estos productos son potencialmente tóxicos (Nehlig, Daval y Debry, 1992; Lane y Phillips-Bute, 1998; Nehlig y Boyett, 2000), y que su concentración —acaso regulada por las autoridades de salud— varía de un envase a otro. De igual manera, el conjunto de sustancias contenidas en las bebidas estimulantes provoca la existencia de reacciones y alteraciones funcionales del sistema nervioso central, ansiedad, hiperprosexia e insomnio. Pueden desencadenar crisis de pánico o trastornos de personalidad generalizados.

Pero lo indudablemente peligroso de estos productos consiste en la combinación con otras sustancias, potenciando (estimulantes), encubriendo efectos (alcohol u otros sedantes) o bien produciendo alteraciones primarias, por lo que la afirmación de que son hidratantes y que su consumo logra paliar los efectos depresores de las bebidas alcohólicas es incorrecta (Ferreira, De Mello y Oliveira, 2004; Souza, 1988d), pues no tienen efecto ametístico que revierta la sedación etílica y, en su caso, el estado de coma, lo que propicia un efecto interno complejo de estimulación/sedación y un comportamiento alterado y paradójico de la economía corporal (*Guía técnica,* 2006; Toubro, Astrup, Breum y Quaade, 1993).

Además, su potenciación con metanfetaminas o cocaína es de alta consideración, si bien lo "tradicional" en los nuevos consumidores es mezclarlas con alcohol.

La Secretaría de Salud, a través de la Cofepris (Cofepris, 2005), recomienda: "Si vas a consumir estas bebidas: *a)* No las mezcles con bebidas alcohólicas; *b)* No las consumas si eres menor de edad; *c)* No las consumas si estás embarazada; *d)* No tomes más de dos latas al día" (Cofepris, 2005).

Pero tal combinación, subestimada por los usuarios, dependiendo de la dosis, características individuales y del entorno, podría propiciar convulsiones, arritmias y muerte súbita (Green, Kirby y Suls, 1996; Passmore, Kondowe y Johnston, 2004).

En algunas de ellas (Bomba, Red Energy y Boost) se han identificado incluso proteínas, grasas, carbohidratos, azúcar, sodio, jugo de naranja, inositol, glucuronolactona, niacina, colorantes, saborizantes, agua carbonatada, vitaminas B12 y B6, así como ácido pantoténico, cafeína, taurina, guaraná y goma arábiga. Otras, dado que varían mucho entre sí, poseen además minerales, inositol y carnitina, entre otras sustancias de origen vegetal. Y como algunos de estos ingredientes clasificados como "adaptógenos" supuestamente normalizan funciones de sistemas del cuerpo alterados por la tensión, hacen "noble el producto" a los ojos de quienes disponen de información incompleta.

El Programa de Farmacología Molecular y Clínica del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile considera que el desencadenamiento de problemas cardiovasculares o neurológicos es el riesgo asociado más frecuente que ocasionan los altos niveles cafeínicos de las bebidas energizantes, en comparación con otras sustancias (taurina, glucuronolactona, inositol, extracto de guaraná, la que a su vez contiene dosis altas de cafeína) (Smit y Rogers, 2002; Smith, 2002; Souza, 1988d; *Guía técnica,* 2006; Applegate, 1999).

En tal sentido, la presencia de carnitina o taurina, que normalmente se encuentran en los alimentos de forma natural, no tiene justificación nutricional.

Para dejar asentados tanto la importancia farmacológica de los ingredientes de las bebidas "energizantes" como su impacto sobre la salud se describen brevemente, a continuación, los componentes de las distintas bebidas, a efecto de apreciar la gama de los efectos en sus usuarios.

CAFEÍNA

Derivado xantínico; se encuentra en el café, té, mate, cacao, guaraná, etc., y se adiciona a algunas bebidas carbónicas (ACSM, 2000). Es el psicotrópico legal más ampliamente ingerido en el mundo (Ellenhorn, 1997). Una taza de café (180 ml) contiene 80-150 mg de cafeína; un refresco de cola (360 ml), 40-50 mg, y una bebida de cola (250 ml), 80-90 mg. Desde hace mucho tiempo es considerada como una sustancia ergogénica en el rendimiento deportivo, pero sólo desde hace una década se dispone de estudios que demuestran su eficacia en relación con ejercicios de resistencia o cortos e intensos (Green, Kirby y Suls, 1996; Applegate, 1999). Y si bien el rendimiento mejora, el mecanismo por el cual actúa se desconoce (Ellenhorn, 1997).

Estudios de laboratorio muestran que la cafeína en dosis de casi 6 mg/kg de peso corporal (490 mg para una persona de 81.7 kg) mejora el rendimiento por una duración de 80 minutos, aunque tal dosis provoca cefalea a algunos atletas si la ingieren muy separada del ejercicio. La cafeína actúa también como laxante y diurético, por lo que puede afectar, antes que mejorar, el rendimiento. Y como

la dosis descrita en las etiquetas no siempre revela la cantidad real, pone en riesgo al atleta y causa dopaje positivo en una prueba específica (Warburton, Bersellini y Sweeney, 2001).

En 2004 fue restringida por el Comité Olímpico Internacional para atletas en competencia (hasta un máximo de 12 mg de cafeína por ml de orina, equivalente a seis tazas de café expreso).

En México la Ley General de Salud de la Secretaría de Salud la considera en el capítulo VI, "Sustancias psicotrópicas", en su artículo 245, dentro de "las [sustancias] que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública" (Ley General de Salud). La cafeína se encuentra en preparados antigripales asociada con otros fármacos y se utiliza en el tratamiento de la migraña, por su acción vasoconstrictora pericraneal. Además, incrementa la presión sanguínea al elevar la resistencia vascular periférica, efecto que es mayor y más prolongado en pacientes con hipertensión; al combinarse con otros estimulantes agrava la taquicardia y provoca temblores, insomnio, diarrea, alucinaciones, vómito, y puede ser fatal (Jain, Mehta y Billie, 1999; Liguori y Robinson, 2001; Smith, 2000; Smith, 2002; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

CARBOHIDRATOS

La mayoría de las bebidas "energizantes" contienen 20-30 g de carbohidratos (alguna incluso 70 g), fructosa, sacarosa, dextrosa, glucosa y maltodextrinas. Su alto contenido retarda el vaciamiento gástrico y la posterior absorción intestinal (Azari, 1991; Benton, Owens y Parker, 1994; Donohoe y Benton, 1999; Gold, 1995; Hale, Margen y Rabak, 1982; Kennedy y Scholey, 2000; Korol y Gold, 1998; Parsons y Gold, 1992; Ford, Scholey, Ayre y Wesnes 2002; Foster, Lidder y Sünram, 1998; Sünram-Lea, Foster y Durlach, 2001; Wenk, 1989).

TAURINA

Es un aminoácido natural que difiere de otros aminoácidos en que no se incorpora a las proteínas, sino que existe como aminoácido libre en la mayoría de los tejidos animales; es uno de los más abundantes en músculo, corazón, plaquetas y sistema nervioso central en desarrollo (Gordon, Saked y Soleno, 1986; Heller-Stilb, 2002). Se sintetiza en las células a partir de la metionina. Aunque este aminoácido parece participar en varios procesos importantes, aún falta dilucidar y caracterizar algunas de sus funciones.

Hay evidencia de su acción como neurotransmisor, regulador de la sal y del equilibrio osmorregulador intracelular y estabilizador de la membrana.

Desempeña un papel importante en el cambio de algunas propiedades de la membrana, así como en el mantenimiento del potencial de la membrana y del pH intracelular. Participa en la detoxificación de sustancias químicas extrañas y está involucrada en la producción y la acción de la bilis.

Es factor importante para el desarrollo y el mantenimiento de la morfología y función normal de la retina (Heller-Stilb, 2002); posee un papel significativo durante el desarrollo cerebral, modulando los procesos de diferenciación, migración, desarrollo y regeneración del sistema nervioso central, además de un efecto protector en el daño neuronal producido por el glutamato. Tal efecto se alcanza previniendo/reduciendo la elevación de Ca2+ intracelular, derivado del glutamato. Su principal fuente dietética es la leche en los primeros meses de vida, y sus niveles sanguíneos declinan con la edad.

Se ha demostrado que, unida a la vitamina C, revierte la respuesta anómala de los vasos sanguíneos asociada con el tabaco, ya que esta adicción rigidiza los vasos sanguíneos impidiendo su dilatación en respuesta al aumento del flujo sanguíneo. La taurina comparte con la ß-alanina, glicina e hipotaurina el mismo transportador, a causa de su semejanza estructural. Su concentración tisular varía entre 200 y 500 respecto al plasma sanguíneo.

En el corazón su entrada se asocia al ión potasio (K+) y su suministro mejora la fuerza miocárdica, previniendo la cardiomiopatía y disminuyendo la presión sanguínea. Su acción promueve la natriuresis y la diuresis, presumiblemente a través de su actividad osmorreguladora renal; modula la secreción del factor atrial natriurético y regula la liberación de vasopresina; media los efectos iónicos, regulando el flujo de intercambio Na+/Ca2+ y atenúa las acciones de la angiotensina II sobre el transporte de Ca2+ y la síntesis proteica, minimizando la acción adversa de la angiotensina. Además, protege las células fotorreceptoras de los efectos dañinos de la luz ultravioleta y de sustancias nocivas; mejora la visión.

En pacientes diabéticos insulinodependientes causa actividad plaquetaria excesiva, la cual puede contribuir a la producción de complicaciones como ateroesclerosis y daño renal. Participa en la absorción de grasa, con la glicina y metionina, en el funcionamiento de la vesícula biliar; se relaciona con los cálculos biliares, donde este aminoácido es un componente normal de la bilis.

La fibrosis quística femenina a menudo resulta en una deficiencia de ácidos grasos esenciales y otros nutrientes solubles en grasa, deficiencias que pueden a veces corregirse con enzimas pancreáticas; sin embargo, algunos de esos pacientes también presentan anormalidad en la función biliar que deviene en mala absorción de grasas. Esta anormalidad parece deberse, en parte, a la deficiencia de taurina, la cual desempeña un papel clave en la acción digestiva biliar (Belli, 1987).

Por otra parte, protege la membrana celular y aumenta el tiempo de reacción y el desarrollo del sistema nervioso central. En modelos experimentales de animales con epilepsia se ha demostrado que la taurina disminuye la frecuencia

de las crisis convulsivas, con actividad anticomicial potente y de larga duración en pacientes refractarios a medicación convencional (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). Este efecto anticonvulsivo ocurre en dosis de 200-1 500 mg/día, lo que resulta de alguna utilidad tanto en el síndrome de abstinencia del alcohol como en el de morfínicos.

Respecto de su toxicidad, es bien tolerada y no se han reportado serios efectos colaterales en dosis terapéuticas (1-3 g/día). Algunos pacientes con enfermedad hepática tratados con taurina (hasta 18 g/día por seis meses) para aliviar los calambres musculares dolorosos evolucionan sin problema aparente.

La taurina se relaciona con su capacidad para capturar moléculas prooxidantes que causan daño celular y con su función de osmorreguladora. Se refiere una capacidad antioxidante en células sanguíneas (granulocitos y neutrófilos) (Wiss, 1982), capaz de alterar la estructura/función de un número de sustancias biológicamente activas (carbohidratos, uniones peptídicas, ácidos nucleicos y aminoácidos).

Es un protector del daño causado por radicales libres, en especial en la intoxicación hepática por tetracloruro de carbono, hecho que puede ser de importancia terapéutica si se demostrara que la taurina protege del daño hepático producido por los xenobióticos, como drogas y alcohol (Aragón, Trudeau y Amit, 1992; Dahchour, Quertemont y De Witte, 1996; Kerai, Watterfield, Kenyon, Asker y Timbrell, 1998). No obstante, de modo paradójico, al mezclarse con etanol produce efectos nocivos sobre la actividad locomotriz y lesiones del núcleo accumbens (Dahchour, Quertemont y De Witte, 1996).

Otros estudios en animales señalan que protege las células bronquiolares de alteraciones producidas por el óxido nitroso (NO_2), agente presente en el aire contaminado, producto de la combustión de los gases automovilísticos y el humo del cigarrillo. Los alimentos que más taurina poseen son de origen animal (pulpo, pescado, pollo, cerdo, camarón y leche de vaca no procesada), seguidos de fuentes de origen vegetal, como oleaginosas y leguminosas (avellanas, chícharos, soya cruda, almendras, garbanzos, lentejas, alubias, habas, semillas de calabaza y algunas algas). No obstante, la dosis óptima de taurina se desconoce. A menudo se prescriben de 500 a 1 000 mg, dos a tres veces al día, para adultos.

Algunos suplementos contienen 1 500 mg para administrarse a los deportistas adultos en tres dosis, tomadas antes del entrenamiento. Las bebidas "energizantes" tienen dosis variables de taurina de entre 100 mg por 250 ml de bebida hasta algunas que tienen 1 g o más. Un posible beneficio de la taurina es la mejoría de la función cardiaca durante el ejercicio (mejor desempeño psicomotor: tiempo de reacción, concentración y memoria) y la resistencia física.

Un estudio acerca del tiempo de reacción y las modificaciones del carácter, los estados de bienestar y la sensación de extroversión social concluye que la mezcla de los tres principales ingredientes de las bebidas "energizantes" posee efectos

positivos sobre el desempeño mental y el carácter, efectos quizá mediados por la cafeína sobre receptores purinérgicos y por la modulación de la taurina sobre los mismos (Alford, Cox y Wescott, 2001).

Pero como no se ha descubierto una forma de aislar el efecto exclusivo de la taurina, los estudios deben ser analizados con cuidado. Y si bien parecen indicar que mejora la contractilidad del corazón en los pacientes cardiacos, y sugieren su poder antioxidante, no se ha documentado que afecte positivamente tal rendimiento, dado que los resultados sobre la actividad muscular, la protección hepática por la dieta y otros efectos fisiológicos no se consideran aún concluyentes (Dawson, Biacetti, Messina y Dominy, 2002; Dincer, Ozernirler, Akyol y Ozogul, 2002; Gaull, 1982; Guizouarn, 2000; Huxtable, 1992; Huxtable y Chubb, 1977; Ikeda, 1977; Jacobsen, 1979; Mantovani y De Vivio, 1979; Matsuzaki, 2002; Moran y Pasantes-Morales, 1987; Raghon, Mannikari, Sleth y Padkaa, 1982; Tenenbaum, Fisman y Motro, 1998).

L-CARNITINA

Derivada de un aminoácido, interviene en el metabolismo de los ácidos grasos; es necesaria para la oxidación de las grasas a nivel mitocondrial. Normalmente las personas producen suficiente cantidad para mantener la función corporal. Cerca de 98% de la carnitina está presente en el músculo esquelético y el corazón. Se ha hipotetizado que podría incrementarse el rendimiento deportivo por mecanismos tales como el incremento de la oxidación de ácidos grasos, alterando la homeostasis de la glucosa, aumentando la producción de acilcarnitina, modificando la respuesta al entrenamiento y mejorando la resistencia a la fatiga.

Sin embargo, los estudios disponibles no son concluyentes, aunque sugieren que este complemento no incrementa la máxima captación de oxígeno (VO_{2max}) durante el ejercicio o el reposo, ni el rendimiento deportivo. Asimismo, varios estudios han evidenciado que no ayuda a perder peso o reducir grasa corporal por incrementar la oxidación de grasa y reducir la degradación de glucógeno durante ejercicio prolongado de ciclismo o atletismo, incrementar el VO_{2max} y reducir la acumulación de lactato durante el ejercicio máximo o submáximo, ni a mejorar el rendimiento deportivo.

Tras su ingestión, se observa incremento a nivel plasmático pero no a nivel muscular (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

CREATINA

Las cantidades que contienen la mayoría de las bebidas “energizantes” resultan demasiado pequeñas (11.2 mg/240 ml) como para producir beneficio al rendimiento físico, a menos que el atleta sea capaz de ingerir 178 tomas de la bebida/día durante cinco días y completar el régimen de carga de creatina de 20 g/día/5 días (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

D-RIBOSA

Es un azúcar simple; es el origen para la producción del trifosfato de adenosina, ATP, principal transportador de energía celular (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

INOSITOL

Este compuesto en forma de fosfatidil-inositol tiene su función primaria en la estructura e integridad de la membrana celular y, al igual que la colina, puede ayudar en la nutrición celular cerebral. Es importante en las células de la médula ósea, tejidos del ojo e intestinos. Se ha utilizado en el tratamiento y la prevención de la aterosclerosis y para ayudar a disminuir el colesterol, pero no se dispone de evidencia científica. Desde hace mucho tiempo se lo considera como una simple vitamina B.

Una de las bebidas “energizantes” (Iron Cat), libre de taurina, contiene en su fórmula 10 ingredientes activos (vitaminas B2, B3, B5, B6, B12, vitamina C, inositol, electrolitos de sodio y potasio), así como sólo 20 mg/100 ml de cafeína (50 mg de cafeína por lata de 354 ml). Esta marca dice diferir de otras bebidas que contienen hasta un 60% más de cafeína, es decir, 32 mg/100 ml (70-80 mg de cafeína por lata), de ser cierto lo que señala la etiqueta (Foster, Lidder y Sünram, 1998). Como el cuerpo puede producir inositol a partir de la glucosa, no es un elemento que deba adicionarse a la dieta.

L-ARGININA

Se trata de un aminoácido involucrado en la síntesis de creatina, poliaminas y ADN. Participa en la disminución del colesterol y estimula la liberación de hormona tiroidea. Su deficiencia puede ocurrir en el embarazo, en casos de traumatismos y mala nutrición. Es útil en la síntesis de ácido guanidinoacético, poliaminas y creatina. Acelera la curación de las heridas debido a que estimula la síntesis de colágeno.

Actúa como agente preventivo de isquemia cardiaca, dilatando las arterias y evitando la formación de coágulos. Se ha usado como apoyo nutricional enteral en el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y en el fallo multiorgánico de pacientes politraumatizados críticos. Síntomas asociados con su deficiencia son caída del pelo, estreñimiento, hígado graso y eritema. Las dosis utilizadas son muy variadas en los estudios clínicos; van de 500 a 1 000 mg tres veces al día (Foster, Lidder y Sünram, 1998; *Lancet,* 1997; Lerman, Burnett, Higano, McKinley y Holmes, 1998; Negase, Takemura y Ueda, 1997; Moss, Scholey y Wesnes, 1998).

TIROXINA (HIDROXI-FENIL-TIROSINA; TETRAYODOTIRONINA, T_4)

Fue aislada en 1919 y sintetizada en 1927. La tiroides la sintetiza combinando yodo con el aminoácido tiroxina; tanto su síntesis como su secreción están reguladas, y a su vez regulan la formación de TSH, segregada por la hipófisis. Es hemotransportada formando un complejo con las proteínas plasmáticas; se desactiva en el hígado. Su función es estimular el metabolismo de los carbohidratos y grasas, activando el consumo de oxígeno, así como la degradación intracelular de proteínas. Se utiliza en forma sintética para tratar enfermedades causadas por deficiencia tiroidea (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

OXÍGENO

Las bebidas “energizantes” que afirman incluir oxígeno disuelto indican que éste: “acelera el metabolismo aeróbico con niveles menores de ácido láctico y que mejora el rendimiento”. Pero dado que la sangre arterial está esencialmente saturada con oxígeno, y que el oxígeno “extra” consumido en una de estas bebidas podría ser inmediatamente exhalado, no es sorprendente que no exista soporte científico que avale los efectos ergogénicos de una bebida “superoxigenada”, por lo que tal afirmación parece falaz (Scholey, Moss, Neave y Wesnes, 1999; Kennedy, Scholey y Wesnes, 2001).

PROTEÍNAS Y AMINOÁCIDOS

Representan el combustible para el ejercicio, pero como se encuentran en cantidades tan bajas en las bebidas “energizantes” (a pesar de su variedad), no proveen ventaja alguna al rendimiento atlético. Es poco probable que agregando

proteínas a una bebida rica en carbohidratos pueda obtenerse un efecto demostrable sobre la síntesis de glucógeno muscular durante la recuperación, comparada con las calorías equivalentes, a través sólo de los carbohidratos. Además, de agregarse proteínas a una bebida hidratante podría afectarse en forma adversa el gusto y dejar una sensación desagradable en la boca. Algunos ingredientes de las bebidas "energizantes" incluyen los aminoácidos glutamina, arginina, taurina y/o aminoácidos de cadena ramificada, como leucina, isoleucina y valina.

Se ha especulado que el suplemento con glutamina podría aumentar el sistema inmunológico disminuyendo la posibilidad de un sobreentrenamiento en atletas de resistencia, y podría aumentar el depósito de glucógeno muscular durante la recuperación postejercicio. Sin embargo, no se ha demostrado ningún efecto sobre la respuesta inmunitaria al ejercicio. Además, la adición de glutamina a una bebida rica en carbohidratos no mejora la síntesis de glucógeno muscular durante la recuperación cuando se la compara con una bebida que contenga sólo carbohidratos (Foster, Lidder y Sünram, 1998). Dicho suministro tampoco parece provocar beneficios en la reposición del glucógeno tras el ejercicio, comparado con el que producen los carbohidratos (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

VITAMINAS Y MINERALES

Los atletas que consumen una dieta normal y que no tienen deficiencia vitamínica no mejorarán su rendimiento por medio de un suplemento. Otros sólo necesitan remplazar el sodio perdido con el sudor para minimizar la deshidratación. Existe poca evidencia de que los vitamínicos con minerales afecten el rendimiento físico.

Además, para "una vida sana" los multivitamínicos con minerales resultan menos costosos y más efectivos que una bebida "energizante". Sin embargo, agregando cantidades apropiadas de vitaminas incluidas en el metabolismo de los carbohidratos (10-30% de las recomendaciones diarias permitidas de ciertas vitaminas del complejo B), se asegura que los atletas no ingieran calorías con carbohidratos desprovistos de micronutrientes, asociados con los alimentos ricos en carbohidratos.

De hecho el contenido en carbohidratos, vitaminas y proteínas de estas bebidas es tan bajo que no representan una fuente garantizada de complemento alimenticio, en caso de promoverse comercialmente como tal. Por lo que se refiere a los carbohidratos, se trata de glucosa, sacarosa, fructosa y galactosa, es decir, las fuentes preferidas de energía para mejorar el rendimiento. Pero cabe señalar que si sólo contienen fructosa y galactosa pueden causar problemas digestivos.

Las bebidas "energizantes" contienen todas las vitaminas del complejo B, así como vitaminas C y E. Pero no se ha documentado que la adición de éstas ofrezca algún beneficio; en tanto la persona mantenga una recomendación nutricional óptima para su edad, género y demandas físicas no habrá de adicionarse ninguna sustancia.

Como los atletas consumen dietas altas en calorías, las cuales contienen el aporte nutricional recomendado de nutrientes, tienen poca deficiencia de vitaminas o de minerales. Estas bebidas no ofrecen beneficio extra a quien tenga una dieta balanceada, pues la alimentación equilibrada obtiene mejores resultados (Foster, Lidder y Sünram, 1998), aun sin considerar que la recomendación del consumo de bebidas "energizantes", especialmente si es alto, se dirige a que éste deviene dañino a la salud y no ha de asociarse con otros psicotrópicos (Foster, Lidder y Sünram, 1998; Valenzuela, 1997; Souza, 1988d). Además, a largo plazo, el uso frecuente de bebidas "energizantes" y/o a dosis altas puede generar también dependencia psicológica, amén de otros efectos no conocidos a la fecha (APA, 2001; OMS, 1993; Smith, Kendrick, Maben y Salmon, 1994).

DERIVADOS VEGETALES

Las bebidas "energizantes" contienen una amplia variedad de yerbas y plantas, como los extractos de semillas de guaraná, nuez de kola y hojas de yerba mate. Algunas personas que no deberían ingerir cafeína sintética son precisamente las que parecen estar más persuadidas de que dichas yerbas son la forma de sentirse "más saludables".

Como hay una amplia variabilidad en las fuentes y el procesamiento de estas yerbas en muchas de las bebidas "energizantes", es casi imposible conocer la cantidad exacta de cafeína u otros de sus componentes. Por lo tanto, para asegurar que el consumidor tenga, al menos, una respuesta psicológica a ellas —que ya contienen cafeína en forma de yerba—, los productores agregan cantidades sintéticas extras de ésta.

Se dice que las yerbas *Astragalus, Shizandrae* y *Echinacea* "mejoran" la función inmunológica. A veces también se incluyen otras que supuestamente ayudan a recuperar la memoria de las personas mayores (*Ginkgo biloba* y ginseng) (Ryu y Chien, 1995; Kennedy y Scholey, 2003; Kennedy, Scholey y Wesnes, 2001a; Kennedy, Scholey y Wesnes, 2002a; Kennedy, Scholey y Wesnes, 2002b; Scholey y Kennedy, 2002; Wesnes, Ward, McGinty y Petrini, 2000; Kennedy, Scholey, Tildesley, Perry y Wesnes, 2002). Ingredientes adicionales incluyen sustancias reputadas como "quemadoras de grasas" (*Ciwujia,* hidroxicitrato y/o efedrina y sus derivados) (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Algunas bebidas "energizantes" contienen incluso pequeñas cantidades de yerbas que "calman o tranquilizan" (kava-kava y hierba de san Juan), pero que aun en altas dosis no se ha documentado que mejoren el rendimiento.

Yerba mate. Tónico, diurético, diaforético y poderoso estimulante; se comporta como simpaticomimético y a altas dosis puede producir vómito, diarrea y demás efectos cardiovasculares y nerviosos (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Melissa officinalis (lemon balm) (Kennedy, Wake, Savealev, Tildesley, Perry, Wake, Wesnes y Scholey, 2003; Céspedes, Naranjo, Sebazco y Martínez, 1996; Roig, 1971; Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1991; Leuttig y Steinmuller, 1989). Planta perenne que florece a finales de la primavera; crece desde las zonas costeras hasta las montañas, en especial en lugares húmedos. Se usa en la preparación de licores y en la fabricación de cosméticos. Es conocida como toronjil europeo; es oriunda del Mediterráneo; su aceite, compuesto por citrol, citronela y geraniol, contiene taninos, ácidos triterpénicos y orgánicos, resina y mucílago.

Se le atribuye propiedad antiespasmódica (Roig, 1971), estimulante, sedante, digestiva y antiemética (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1991; Leuttig y Steinmuller, 1989).

Fibersol-2. Fibra dietética soluble derivada de frutas y granos. Proporciona goma, pectinas de compuestos celulosos y polisacáridos que favorecen el bolo fecal y su paso intestinal (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Té verde (Camellia sinensis Sims*).* Planta utilizada en China desde el año 2500 a. C., apreciada en Japón y difundida en Occidente por los jesuitas. Contrariamente al té negro, no es fermentado y guarda su riqueza en taninos. Sus componentes xantínicos: teofilina, teobromina, teína y la vitamina C, de acción simpaticomimética, producen reducción de la fatiga. Se dice que tiene valor antioxidante recomendado en la prevención de enfermedades cardiovasculares y la arterioesclerosis. Es diurético y se afirma, sin haberse documentado, que "facilita el metabolismo de las grasas y puede ser útil en la pérdida de peso, en ciertos tipos de sobrecarga ponderal generalizada (obesidad) o localizada (celulitis)" (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Stevia (Rebaudianaa bertoni). Edulcorante natural alternativo del azúcar y edulcorantes artificiales. Se obtiene de un arbusto originario de Paraguay y Brasil, usado por los indios guaraníes, así como en Japón. Las hojas de la planta son 30 veces más dulces que el azúcar normal y el extracto 200 veces más. Es totalmente acalórico, ideal para diabéticos, ya que regula los niveles de glicemia. En algunos países se utiliza como tratamiento para mejorar la diabetes, ya que

parece regular los niveles de insulina. Está recomendado para perder peso, ya que reduce la ansiedad por la comida y, al regular la insulina, el cuerpo almacena menos grasas. Disminuye el deseo por tomar dulces y grasas. Realza el aroma de las infusiones o alimentos donde se añade; retarda la aparición de la placa de caries (se usa en enjuagues bucales y como componente de la pasta dental) e incluso tiene cierto efecto hipotensor y diurético suave (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Damiana (Turnera afrodisiaca). Vegetal purgante, diurético, tónico-estimulante, al que se atribuyen propiedades afrodisiacas no documentadas (Foster, Lidder y Sünram, 1998). Contiene arbutina, clorofila, aceites volátiles, resinas y taninos. Alivia cefaleas y estimula el peristaltismo intestinal. Se consume en infusión o tintura madre, sola o con otros elementos naturales (guaraná, yohimbina, ginseng, gingko biloba, vitaminas, zinc y L-arginina). Su acción tónica y sexual actúa en forma rápida y efectiva sobre el sistema nervioso central; se usa en disfunción sexual eréctil y del deseo, por su efecto potente y seguro (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Glucuronolactona (γ-lactona del D-ácido glucurónico). Es producto de la oxidación del grupo OH de la D-glucosa; carbohidrato intermediario del metabolismo del hombre, es un elemento estructural de la mayoría de los tejidos fibrosos y conectivos en los organismos animales. Su composición en alimentos no está suficientemente documentada, pero se han reportado concentraciones de 20 mg/l en algunos vinos.

Maca (Lepidium meyenii Walp). Contiene vitaminas B1, B2 y C, además de minerales y varios aminoácidos; se le adjudica, desde tiempo inmemorial, un potencial efecto erotizador de la conducta, según los aborígenes de Perú (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Extracto de jugos (mango, naranja, piña). Aportan, además de su fibra, carbohidratos y vitamina C (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

Ginseng. Estimulante natural ancestralmente incorporado en la dieta diaria de China y Corea. Una de las yerbas más estudiadas para el rendimiento deportivo; tiene varias especies. La utilización tradicional busca “restaurar la energía de la vida” (Foster, Lidder y Sünram, 1998). En animales produce lo mismo estimulación del sistema nervioso central o sedación. No existe evidencia que demuestre el incremento de la tolerancia al ejercicio y su rendimiento (Ryu y Chien, 1995; Kennedy y Scholey, 2003). Sin embargo, parece mejorar la “sensación general de bienestar”.

Algunos estudios sugieren que puede incrementar la tensión arterial y los niveles de estrógenos en las mujeres (no se recomienda en pacientes con cáncer de mama). No debe mezclarse con acetilsalicílico, dipiridamol y warfarina por su efecto anticoagulante, que puede causar sangrado espontáneo. Debe evitarse en personas bajo régimen digitálico (Kennedy, Scholey y Wesnes, 2001a; Kennedy, Scholey y Wesnes, 2002a).

Schizandra (Echinacea purpurea, angustifolia y pallida). Yerba medicinal tradicional de China; actual flora silvestre de Norteamérica, utilizada en conexión con resfriado, función inmune, gripe, úlceras de la boca, enfermedad de Crohn, infecciones recurrentes del oído, astringencia, diaforesis nocturna, diarrea crónica y tratamiento de la fatiga crónica. Se ha clasificado como "adaptógena" (See, Broumand, Sahl y Tilles, 1997; Melchart y Linde, 1994; Hikino, Kiso, Taguchi e Ikeya, 1984). Sin embargo no se recomienda en gestantes ni personas con hipertensión arterial, con úlcera péptica o epilepsia.

Guaraná (*Paullinia cupana*). Arbusto leñoso del Amazonas utilizado como planta medicinal. Contiene alta concentración de cafeína; se utiliza como estimulante y supresor del apetito, para la cefalea, exceso de trabajo mental, fatiga en ambiente caluroso y más recientemente para "perder peso". Como cualquier producto cafeinado, causa insomnio, temblor, ansiedad, extrasistolia, polaquiuria e hiperprosexia con hiperactividad. No deben consumirlo las personas con problemas cardiacos, hipertensión arterial, renales, hipertiroidismo, ansiedad, ni se recomienda en niños o mujeres durante el embarazo o lactancia. No ha sido evaluada por la Food and Drug Administration, FDA, en su seguridad, efectividad y pureza; no se conocen los riesgos potenciales o ventajas, ni existe una normatividad que regule su producción (Foster, Lidder y Sünram, 1998).

El consumo de las bebidas "energizantes" en la población joven es una moda de años recientes; casi siempre se acompañan de alcohol, cuando no de drogas ilegales (Seidl, Peyrl, Nicham y Hauser, 2000b; Souza-Formigoni y Boerngen, 2006; Liguori y Robinson, 2001). Aunque las investigaciones muestran que cada uno de sus ingredientes, en módicas cantidades, no representa riesgo para la salud, tampoco se ha documentado beneficio extra alguno que justifique su participación en la dieta diaria, amén de lo preocupante de la mezcla de todos ellos, en altas concentraciones, a la par de la etilización (Pincomb, Wilson, Sungh, Passey y Lovallo, 1991; Valenzuela, 1997; Souza-Formigoni y Boerngen, 2006). De hecho, tal combinación anima a beber más, sin percatación del riesgo adictivo (Souza, 2000e; Lane y Phillips-Bute, 1998).

Estas bebidas requieren una clasificación más apropiada, como el término *bebidas estimulantes,* debido a que, aunque su composición tiene preferente e

inequívocamente una acción simpaticomimética, su uso no tiene justificación nutricional, y menos aún como remplazo de líquidos y electrolitos.

Por el contrario, su concentración altera el comportamiento y prohíja situaciones difíciles o peligrosas desde el punto de vista de la salud neuropsiquiátrica tanto como del manejo de problemas adictivos asociados. Pero lo más grave es la condición implícita en su consumo, vista como el supuesto "revolvedor" de los conflictos humanos expresados en fatiga, estrés, dificultad de rendimiento escolar, etc., como para acompañar a las personas a lo largo de su vida.

Aunque la publicidad sea mucha y las ganancias superlativas, al no haber evidencia científica que soporte su utilización no se recomiendan ni su uso regular ni las erróneas motivaciones citadas, relativas al deporte, salud o desempeño académico.

Otro ángulo del problema, dada la falta de evidencia científica de su eficacia ergogénica, debe hacer considerar que:

1. existen pocos controles reguladores adecuados para la distribución comercial de los productos "energizantes";
2. falta su estandarización y/o prueba de pureza;
3. los errores y omisiones respecto de los ingredientes pueden conducir, entre otros problemas, a pruebas de dopaje positivo;
4. se han documentado serios riesgos potenciales de producir efectos colaterales cuando se usan sustancias por automedicación e incluso si se usan junto a fármacos de prescripción;
5. potencialmente, pueden producir efectos colaterales fatales y complicaciones graves, incluyendo insuficiencia hepática con kava-kava y disfunciones cardiovasculares asociadas con simpaticomiméticos (Smith, Clark y Gallagher, 1999; Smith, Brice, Nash, Rich y Nutt, 2003; Nehlig, Daval y Debry, 1992); es posible la disminución en el desempeño y rendimiento físico con grandes dosis de extractos de yerbas mezcladas con cafeína y otras sustancias, que causan disfunción del sistema nervioso central (Nehlig, Daval y Debry, 1992; Pincomb, Wilson, Sung, Passey y Lovallo, 1991; Nehlig y Boyett, 2000; Scholey y Kennedy, 2004; Smit y Rogers, 2002; Green, Kirby y Suls, 1996).

Se recomienda, si se decide consumir estas bebidas, leer la etiqueta; los atletas que estén tomando medicamentos prescritos deben evitar productos que contengan yerbas; cualquier consumidor debe examinar la veracidad del contenido en los paneles de nutrición; evitar el consumo del producto si no existe evidencia para afirmarlo como benéfico, o bien mientras la información sea incompleta e inconsistente.

Frente al conocimiento del comportamiento poco ético de ciertos comerciantes hay que recordar que, si la publicidad suena demasiado buena para

ser cierta, es que hay altas probabilidades de que no lo sea.

Para efectos de la educación para la salud de la población juvenil y adulta joven es indispensable advertir los riesgos que muchos de tales productos, de alcance indiscriminado, pueden producir sólo por su interés lucrativo; lejos de servir a la salud la engañan y confunden, afectando así no sólo la salud física, sino también la mental.

Es conveniente establecer programas de información y educación para la salud que claramente difundan que estos productos no tienen propiedades médicas o nutricionales, no sustituyen al ejercicio físico ni a la alimentación complementaria.

Las argucias publicitarias y sus respectivas tramposas intenciones en pro de la venta han de revertirse adecuada y prontamente a través de políticas públicas pertinentes y de sus acciones a favor de la educación social y la salud colectiva.

El bienestar de los grupos juveniles y su mantenimiento atañen a todos quienes forman la comunidad, apelando a la honestidad de los comerciantes frente a la veracidad de los hechos, que tan a menudo se subestiman e ignoran.

RESUMEN

Se revisan las principales características de las bebidas “energizantes” y su comercialización, bajo la premisa de entender los riesgos que conlleva su consumo, especialmente cuando no se restringe su cantidad, la consumen personas afectadas de su salud o se mezclan con drogas legales o ilegales, lo que fundamenta el debate respecto a su utilidad.

Se describen asimismo los efectos de los múltiples ingredientes de las bebidas “energizantes”, con base en opiniones documentadas; se plantean recomendaciones para limitar su consumo combinado con tóxicos en las poblaciones juveniles o adultas jóvenes que las ingieren; se clarifica el contexto de su consumo y la confusión prevaleciente, base de la finalidad lucrativa de su producción, partiendo de la falsa ayuda a la restauración física y el bienestar general que, sin aval científico, supuestamente propician.

Se enfatiza el reconocimiento de la deliberación de sus productores, que promueve la confusión con las bebidas hidratantes, de merecido nicho de mercado y eficaz intención reparadora de la salud de los deportistas, y se deplora la participación de las argucias publicitarias y sus respectivas tramposas intenciones en pro de la venta, que afectan la educación y la salud colectiva. La revisión culmina planteando algunas recomendaciones dirigidas a crear conciencia del fenómeno en los lectores, así como el adecuado fomento de la educación para la salud en el personal que labora en esas u otras áreas conectadas con el bienestar comunitario.

* Souza y Cruz, 2007c.

XIV. TRASTORNOS POR ANSIEDAD Y COMÓRBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS*

La ansiedad, estado emocional desagradable, cursa con una causa poco clara para el portador y a menudo se acompaña de cambios fisiológicos y del comportamiento, similares a los originados por la sensación de miedo (Skre, Onstad, Torgersen *et al.,* 1993). A causa de tales similitudes, en muchas ocasiones resulta muy difícil discriminar en la mayoría de las personas. Además, a menudo se usan los términos *ansiedad, angustia* y *miedo* de forma indistinta, lo cual hace la identificación aún más imprecisa (Babcock, Laguna, Laguna y Urusky, 2000). No obstante, se trata de una reacción emocional producida ante situaciones interpretadas como amenaza, o bien ante la posibilidad de obtener un resultado negativo, como el rechazo.

Los médicos dedicados a la atención de primer contacto o atención primaria a la salud de diversos países suelen atender a casi 90% de los pacientes con trastornos por ansiedad y trastornos depresivos. Pero lamentablemente se tiene noticia de que en la actualidad el personal de salud sólo deriva al especialista en salud mental aquellos casos con signos psicóticos francos, intentos de suicidio, episodios asociados con el trastorno bipolar o bien por una clara falla en la respuesta al tratamiento. Deviene importante entonces poner más cuidado en la formación continua del personal de salud, que se convierte en pieza clave para la detección precoz, la mejora del diagnóstico y el tratamiento más adecuado (Souza, 2003d).

El trastorno a menudo se observa como una reacción emocional que ocurre bajo situaciones estresantes, y comprende una pléyade de respuestas subjetivas, fisiológicas y conductuales (cuadro XIV.1) (Beekman, Bremmer, Deeg, Van Balkom, Smit, De Beurs *et al.,* 1998; Beekman, De Beurs, Van Balkon, Deegh, Van Dyck y Van Tilburg, 2000; Lauderdale, Javaid y Sheikh, 2003). El consumo de psicotrópicos y otros fármacos que causan abuso/dependencia puede inducir ansiedad; entre ellos se incluyen todas aquellas sustancias estimulantes con efecto directo sobre el sistema nervioso central e incluso las sedantes que han sido consumidas a dosis altas, en lapsos breves o bien por tiempo prolongado, y que al ser suspendidas de forma súbita desencadenan cuadros de abstinencia (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d). Las reacciones de ansiedad son en general

adaptativas, dado que preparan la alerta del sujeto movilizando sus recursos energéticos, de atención, disponibilidad inmediata, etc., y son por lo tanto frecuentes y normales. Sólo pueden considerarse patológicas cuando dichas reacciones se tornan demasiado frecuentes, intensas, o producen gran malestar psíquico a causa de su condición desproporcionada o inadecuada al estímulo recibido en una situación específica. Existen distintas formas clínicas del trastorno descritas en la bibliografía científica, a menudo ignoradas por las personas no bien informadas (cuadro XIV.2).

Se ha documentado en la bibliografía científica del tema que cuando el paciente tiene información sobre qué es la ansiedad, cuáles son sus posibles consecuencias (Beekman, De Beurs, Van Balkon, Deegh, Van Dyck y Van Tilburg, 1999), especialmente en personas mayores, y cómo manejarla eficazmente, el portador tiene menor probabilidad de llegar a desarrollar los distintos tipos de trastorno por ansiedad (Debeurs, Beekman, Deeg *et al.,* 2000). De hecho, la ansiedad puede ser una respuesta adecuada al estrés, o bien representar una conducta derivada de la interrupción de una relación importante o darse a consecuencia de verse expuesto a una situación de desastre con peligro vital; categorías todas que, como puede observarse, pueden ser distintas en su graduación e intensidad, así como en la duración.

Es importante destacar la presencia en la bibliografía del tema de las principales teorías psicológicas sobre la angustia, las cuales sirven de explicación en distintas circunstancias de la vida de los pacientes.

La *psicodinámica,* de acuerdo con las consideraciones de Freud sobre la neurosis (trastorno de personalidad), no ofrece una distinción cualitativa entre ansiedad y angustia; sostiene que la ansiedad puede también ser una reacción a unos impulsos reprimidos, agresivos o sexuales, que amenazan con desbordar las defensas psicológicas que normalmente los mantienen bajo control.

En la primera teoría de Freud sobre la neurosis de ansiedad la describe como la transformación fisiológica directa de la energía sexual no descargada.

CUADRO XIV.1. *Niveles de expresión sintomatológica por ansiedad*

Fisiológico	*Cognitivo*	*Conductual*
Taquicardia	Preocupación	Hipercinesia
Frecuencia urinaria	Pensamiento rápido	Reacción de alarma continua
Palpitaciones	Aprensión	Evitación
Boca seca	Miedo-temor	Discurso rápido
Parestesias	Irritabilidad	Rigidez
Opresión torácica	Distractibilidad	Estereotipia, conducta reiterativa
Hiperventilación	Ideas parásitas (intrusas)	Conducta ritual
Sensación de desvanecimiento	Desrealización	Hipervigilancia
Trastornos del dormir	Despersonalización	
Diaforesis	Pensamiento recurrente	
Temblores	Imágenes recurrentes	
Vértigo	Sueños recurrentes	
Frío y oleadas de calor	*Flashbacks*	
Sensación de asfixia	Amnesia	
Tensión muscular		

FUENTE: Modificado de Lauderdale, Javaid y Sheikh, 2001.

En su segunda teoría la describe como una señal de ansiedad y la interpreta como aquella señal que da cuenta de la existencia de un conflicto intrapsíquico dirigido al yo. Por último, en la referencia que hace el autor a la ansiedad de separación, que representa una forma más específica del trastorno, originada en la infancia, la ansiedad representa un aumento de la vulnerabilidad, por vía psicológica, a la separación. Por lo tanto, la ansiedad indica la presencia de un conflicto psicológico.

La teoría *conductual* indica que al aparejar un estímulo incondicionado con un estímulo condicionado se produce una respuesta condicionada y duradera, en ocasiones permanente, que puede manifestarse reiteradamente a lo largo de la vida.

La teoría *cognitiva* considera a la ansiedad una mala interpretación cognitiva catastrofista de las sensaciones físicas molestas y del malestar emocional. Dada su condición, puede aparecer súbitamente, como el pánico, o gradualmente a lo largo de minutos, horas o días, de modo que su duración es muy variable y su

intensidad puede ir desde una angustia apenas perceptible hasta un estado de pánico.

CUADRO XIV.2. *Síntomas diferenciales del trastorno por ansiedad generalizada de otros trastornos ansiosos*

Trastornos	*Sintomatología*
TGA	Angustia excesiva, aprensión anticipatoria, sensación de flotar, múltiples quejas somáticas, no existe conducta fóbica evitativa ni síntomas severos de anhedonia o de cambios en el talante, ni ataques de pánico
Ataque de pánico	Ataques de angustia extrema espontáneos y recurrentes en cualquier momento, lugar o condición
Fobia social	Evitación constante, no sólo temor a la realización de actividades sociales o en público
Agorafobia	Miedo y temor intenso a quedar atrapado en alguna situación de cualquier índole y sin carácter social en la que escapar se dificulte; se acompaña de clara conducta fóbica evasiva
Ansiedad de separación (niños)	Miedo a ser separado del pariente cuidador, pero se siente confortable y seguro en casa
Trastorno de personalidad evitativa	Inadecuación general de la conducta por evitación o falta de habilidad para relacionarse socialmente, como cuando la persona no mira al interlocutor mientras habla
Trastorno de adaptación con ansiedad	Desorganización de la conducta ante un claro estrés, una vez que éste ha terminado, y con una duración de los síntomas menor a seis meses y sintomatología similar a la encontrada en el TGA
Trastorno depresivo mayor	Sintomatología primaria con severa baja del talante y marcada anhedonia
Trastorno por estrés postraumático, TEP	Reexperiencia persistente de un episodio traumático
Fobia específica	Miedo extremo y conducta evitativa sin razón de un objeto o situación específicos

FUENTE: Modificado de Rickels y Rynn, 2001; Alpert, Uebelacker, McLean *et al.,* Averill, Beck, 2000.

La ansiedad actúa como un elemento dentro de un amplio rango de respuestas de acomodo que son esenciales para la supervivencia. Un cierto grado

de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones potencialmente peligrosas. Y así ocurre que en la mayoría de los casos el nivel de ansiedad de una persona experimenta cambios apropiados e imperceptibles a lo largo de un espectro de estados de conciencia desde el sueño hasta la vigilia, pasando por la ansiedad, el miedo, y así sucesivamente. En algunas ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad funciona incorrectamente o es desbordado por los acontecimientos, caso en el que puede establecerse clínicamente un trastorno formal debido a la ansiedad (McGlashan, Crilo, Skodol *et al.,* 2000; Paris, 1998). La gente en general reacciona de forma diferente ante los acontecimientos; a algunas personas les fascina hablar en público mientras que otras reaccionan con miedo atroz. La capacidad de soportar la ansiedad varía según las personas, y sin una observación adecuada, dada la cantidad de mitos que privan en la sociedad (Souza, 2001d), puede resultar difícil determinar cuándo se trata de una ansiedad anormal. Sin embargo, cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la vida de la persona, debe considerarse como trastorno.

De hecho, la ansiedad puede ser tan estresante e interferir tanto con la vida de una persona que puede conducir a la depresión, y es factible la coexistencia de trastorno por ansiedad y un trastorno depresivo (Fava, Rankin, Weight *et al.*, 2000; Fawcett, Marcus, Anton, O'Brien y Schwiderski, 1955; Lenze, Mulsant, Shear, Schulberg, Dew, Begley *et al.,* 2000). Otras personas desarrollan primero el trastorno depresivo y posteriormente el trastorno por ansiedad. De ello se deriva la diferencia entre un diagnóstico psiquiátrico y uno de tipo médico, la cual estriba esencialmente en las características particulares de las manifestaciones clínicas en cada una de las entidades nosológicas referidas (Steer, Willman, Kay y Beck, 1994). Al efecto, cabe señalar que el trastorno por ansiedad, que incluye una variedad de manifestaciones, es el trastorno psiquiátrico más frecuente y posiblemente, junto con la depresión y los trastornos de la personalidad, el más asociado con la patología de las adicciones (Souza, 2003f). Su diagnóstico, como en todo caso clínico, se basa en el despliegue y las características de sus síntomas. Sin embargo éstos, en ciertas otras enfermedades (hipertiroidismo), con el uso de fármacos prescritos (corticosteroides) o el abuso de drogas (cocaína, anfetaminas o metanfetaminas, etc.), pueden ser idénticos a los síntomas del trastorno por ansiedad. De modo que una historia familiar de ansiedad puede ayudar al profesional a establecer el diagnóstico, ya que tanto la predisposición a una ansiedad específica como la predisposición general a la ansiedad tienen a menudo carácter hereditario (Roy-Byrne y Katon, 1996; Stanley, Hopko, Diefenbach, Bourland, Rodríguez y Wagener, 2003) (cuadro XIV.3).

Cabe señalar, dada su trascendencia, que los conceptos de ansiedad, angustia y pánico (Saviñón, Solís y Johnson, 2002) permanecen inalterados para algunos

autores, si bien suelen ser vistos como el enjambre de una vieja confusión. El *Diccionario Espasa de Medicina* no incluye el término *pánico,* no obstante que como trastorno afecta a 3.5% de la población general. Asimismo, bajo el nombre de *ansiedad aguda* describe el *trastorno por pánico*. Además, el término *angustia* se presenta como sinónimo de *pánico,* y también el de *ansiedad aguda*.

CUADRO XIV.3. *Diagnóstico diferencial psiquiátrico/médico del trastorno por ansiedad*

Psiquiátrico	*Médico*
Trastorno de ansiedad generalizada	Hipotiroidismo/hipertiroidismo
Trastornos depresivos	Hiperparatiroidismo
Esquizofrenia	Prolapso de la válvula mitral cardiaca
	Arritmias cardiacas
Trastorno de despersonalización	Insuficiencia coronaria
	Feocromocitoma
Trastornos somatomorfos	Hipoglucemia
Trastorno de la personalidad	Vértigo auténtico
	Abstinencia de sustancias
Abuso/dependencia de psicotrópicos	Abstinencia de alcohol

FUENTE: Modificado de Schneier, Blanco, Antia y Liebowitz, 2002; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000.

Por su parte, el *Diccionario Enciclopédico Mayor* señala: ”angustia es una aflicción, temor opresivo sin causa precisa”.

La falta de delimitación de esta terminología ha generado confusión entre los psiquiatras de habla hispana. El trastorno por pánico constituyó, en su momento, un diagnóstico central en la clasificación del DSM-III-R, pero no gozó de la misma prominencia en la psiquiatría europea. Incluso algunos autores, a la fecha, niegan la existencia de esta entidad clínica como un trastorno separado y lo consideran una variante en severidad del trastorno por ansiedad generalizada o un componente del trastorno fóbico (Rickel y Schweizer, 1995; Rickel y Schweizer, 1999). Debido a su alta comorbilidad con la depresión mayor, existen autores que estiman que el trastorno por pánico es un estadio en la evolución natural de la enfermedad depresiva. Otros utilizan la denominación *pánico* en la misma dirección, prefiriendo llamar *trastorno por pánico* al *panic disorder* y *ataque de pánico* al *panic attack* (Coplan, Pine, Papp y Gorman, 1996; Sheehan, 1982). Sin embargo, las traducciones al español de textos como la *Psiquiatría* de Kaplan y Sadock o las versiones españolas del DSM-III-R y DSM-IV-TR utilizan el término *trastorno por angustia* y *crisis por angustia,* respectivamente. En otras ocasiones las traducciones al español convergen. Por ejemplo, el libro *Emergencias psiquiátricas* de Hyman describe *trastorno por pánico* y *ataque de pánico*. Vallejo Nájera indica que en alemán el término *Angst* denomina indistintamente los términos *ansiedad* y *angustia*. Lo mismo sucede en inglés con la palabra *anxiety* (Saviñón, Solís y Johnson, 2002). En español existen los términos *ansiedad* y *angustia,* algo similar a lo que ocurre en francés, pues el

término *ansiedad* se traduce como *anxi*été*,* y la *angustia* estaría más relacionada con *angoisse*. Este mismo autor diferencia la ansiedad de la angustia diciendo que en la ansiedad se vivencia más la esfera psicológica, mientras que la angustia vendría a ser una ansiedad corporalizada (Saviñón, Solís y Johnson, 2002). Pero aun con las concepciones de este reconocido psiquiatra español, no hay ninguna justificación para utilizar el término *angustia* como sinónimo de *pánico,* ya que en el pánico existe tanto una sintomatología psicológica (despersonalización, desrealización, sensación de muerte inminente) como una sintomatología angustiosa o de ansiedad somatizada. Pánico, entonces, es aquel terror de aparición brusca y sin ningún fundamento.

De modo que, como puede observarse, aun cuando se han establecido ciertas distinciones entre ansiedad (básicamente caracterizada por fenómenos subjetivos) y angustia (a la que se añaden signos físicos eventualmente mensurables), ambos términos pueden en algunos casos considerarse sinónimos. En consecuencia, la angustia engloba un espectro de respuestas emocionales que van desde la adaptación como proceso biopsicosocial normal hasta la presencia de sintomatología clínica, en algunos casos invalidante, que requiere manejo apropiado (Geracioti, 1995; Gelenberg, Lydiard, Rudolph, Aguiar, Haskins y Salinas, 2000; Katz, Reynolds, Alexopoulos y Hackett, 2002; Rickels, Pollack, Sheehan y Haskins, 2000; Oehrberg, Christiansen, Behnke, Borup, Severin, Soegaard *et al.,* 1995; Rickels y Schweizer, 1987; Roy-Burne, Katon, Cowley y Russo, 2001; Swales, Solfvin y Sheikh, 1996; Mohlman, Gorenstein, Kleber, De Jesús, German y Papp, 2003).

Por otra parte, presente en la historia de la humanidad desde tiempo inmemorial, la ansiedad ha ocupado también la atención de científicos y artistas a lo largo de centurias, aun cuando su delimitación clínica data sólo de mediados del siglo pasado. La angustia como fenómeno emocional o síntoma clínico es, quizá, el más frecuente en la población general. Se ha documentado que hasta un 20% de cohortes supuestamente sanas han experimentado ansiedad en un momento u otro de su existencia. Más de la cuarta parte de los pacientes que asisten a la consulta externa experimentan alguna forma de ansiedad, en tanto que por lo menos 15% de aquellos que van al médico general presenta ansiedad clínicamente detectable; ello está corroborado por distintos estudios epidemiológicos comunitarios (Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke y Goodwin, 1993). Se muestran a continuación, en una sucinta descripción, los distintos cuadros nosológicos de la ansiedad, condición en la que a menudo se requiere descartar una serie amplia de alteraciones semejantes o causantes del síntoma ansioso, que deben tomarse en cuenta para considerar la entidad y su diagnóstico diferencial.

Como entidad nosológica, la ansiedad se caracteriza por sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensas e intranquilidad difusa, un estado consciente y comunicable de premoniciones penosas, pero es importante

destacar que ello no necesariamente se relaciona con condiciones externas. En ocasiones la ansiedad alcanza niveles extremos de pánico o terror, con agitación psicomotora a veces incontrolable.

Estos estados pueden inducir extensos cambios fisiológicos, desencadenando respuestas somáticas y viscerales mediadas por, entre otros, el sistema nervioso autónomo y el sistema denominado eje hipotalámico-pituitario-endocrino, sin menoscabo de que las situaciones precipitantes puedan simbolizar conflictos o impulsos inconscientes. La ansiedad puede ser entonces tanto un estado emocional transitorio como una causa subyacente de determinadas conductas, un instinto o impulso, una respuesta situacional, un rasgo de personalidad, un síntoma de entidades clínicas variadas o un trastorno psiquiátrico definido, que a menudo se asocia con consumo de psicotrópicos (Souza, 2005e).

En este último rubro, un hecho importante ha sido la gradual identificación de varias formas clínicas más o menos autónomas a partir de la llamada neurosis de angustia, popularizada hasta hace dos décadas por el predominio, en el campo profesional de la salud mental, de las escuelas psicodinámicas.

Actualmente se habla en el ambiente profesional de la *ansiedad condicionada,* que se refiere a las respuestas autonómicas mediadas por mecanismos cerebrales; *psicogénica,* aquella en la que es clara la presencia de una dinámica inconsciente añadida, y *somatogénica,* la que muestra claras manifestaciones conductuales y un alto grado de compromiso fisiológico global.

D. Sheehan, uno de los investigadores más afamados del tema en los últimos años, postuló la existencia de ansiedad exógena (fobias) y ansiedad endógena (pánico y ansiedad generalizada) (Rickels y Rynn, 2001). Los investigadores biológicos, por su parte, han identificado una variedad de compuestos con metabolismo alterado (esteroides endógenos) o aquellos cuya interacción con sistemas neurotransmisores, como el ácido gama-amino-butírico (GABA), permite la formulación de posibles mecanismos fisiopatogénicos. La nosografía actual de la ansiedad se basa en criterios diagnósticos descriptivos que agrupan categorías generales: trastornos situacionales, inespecíficos, secundarios o atípicos, y categorías más delimitadas y específicas en los sistemas nosográficos más conocidos y utilizados actualmente: CIE-10 (WHO, 1993) y DSM-IV-TR (APA, 2000).

Al efecto, debe considerarse como concepto clínico importante el llamado ataque de pánico que, como la agorafobia, puede ocurrir en el contexto de cualquiera de los otros trastornos de angustia (Cassano, Michelini, Shear *et al.,* 1997). Los principales trastornos por ansiedad se describen a continuación.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Equivale al concepto de neurosis de angustia (Akiskal, 1998) y es de tres a cinco veces más frecuente que el trastorno de pánico. Puede coexistir con otros trastornos (ansiedad o depresión), originando cuadros mixtos o transicionales. Se estima que el compromiso del funcionamiento social u ocupacional del individuo afectado es leve o moderado y sólo excepcionalmente severo, aun cuando exhibe tendencia a la cronicidad. El TAG ocurre aparentemente en igual proporción entre hombres y mujeres. Su sintomatología muestra síntomas agrupables en distintos rubros:

1. *Tensión motora:* tremor, sacudidas musculares, torsiones bruscas, debilidad, temblor generalizado, dolores, entumecimiento, inquietud, fatigabilidad fácil.
2. *Hiperactividad autonómica:* dificultad para respirar, sensación de falta de aire, palpitaciones, taquicardia, taquipnea, respiración profunda, escalofríos, palidez, bochornos, sequedad de boca, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, poliuria, dificultad para deglutir, sensación de "nudo en la garganta".
3. *Hipervigilancia:* sensación subjetiva de tensión, estado de hiperalerta e hiperexploración sensorial (hiperprosexia), irritabilidad, impaciencia, distractibilidad, insomnio.
4. *Expectación aprensiva:* incluye ansiedad propiamente dicha, preocupación excesiva y generalmente infundada, miedo, rumiaciones pertinaces, cuasi seguridad de inminencia de fracasos o desgracias para sí mismo y para otros (Rickels y Schweitzer, 1995; Rickels y Schweitzer, 1998). La gran variedad de síntomas físicos concomitantes, con asiento en distintos órganos y sistemas (cuadro XIV.4), incluye las principales manifestaciones físicas atribuibles a los sistemas nervioso, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y genitourinario. Su etiopatogenia se explica por distintas teorías o hipótesis psicogenéticas (Rickels y Rynn, 2001). Considérese que el psicoanálisis conceptúa la ansiedad como el síntoma neurótico nuclear, expresión de conflictos intrapsíquicos no resueltos o de represión sexual (S. Freud); de agudos sentimientos de inferioridad (A. Adler); de inseguridad (K. Horney), o de cogniciones no verbales (C. G. Jung). En la vertiente conductual, la ansiedad reflejaría la imposibilidad de evitar un estímulo estresante (O. H. Mowrer) o una cognición defectuosa (A. Beck). La corriente existencialista del psicoanálisis conceptúa la ansiedad como respuesta a amenazas al sistema de valores del individuo (R. May) (Rickels y Rynn, 2001).

CUADRO XIV.4. *Perfil clínico del trastorno por ansiedad*

Síntomas	*Signos*
SISTEMA NERVIOSO	
Tensión, incapacidad de relajarse	Expresión facial tensa
Dificultad para concentrarse, pérdida de interés en actividades habituales	Conducta estereotipada como tics, roer las uñas, fumar ininterrumpidamente, inquietud psicomotora, irritabilidad durante el examen físico, tremor fino distal
Mareos, pesadez, síncope, irritabilidad, intolerancia examen físico,	Exoftalmus ocasional. Manos frías y húmedas
Disturbios del sueño: pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, temores mal definidos, terror, fatiga, debilidad	
Cefalea, coordinación pobre	
Temblor, parestesias	
Piloerección	
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
Palpitaciones	Taquicardia sinusal
Presión subesternal, dolor precordial, no relacionados con el ejercicio	Elevación transitoria de la presión sistólica
Bochornos	Soplo sistólico funcional
APARATO RESPIRATORIO	
Dificultad para respirar, "asfixia", sofocación	Hiperventilación. Signo de Chevostek positivo, si la hiperventilación es severa
	Mayor frecuencia de suspiros
SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Incomodidad epigástrica	
Sensación de llenura, dispepsia, eructos, acidez	
Diarrea, constipación, anorexia, hiperorexia compulsiva	
SISTEMA GENITOURINARIO	
Poliuria	
Amenorrea, flujo y cólicos menstruales excesivos	

FUENTE: Modificado de Rickels y Rynn, 2001.

En los dos últimos decenios del siglo pasado se formularon teorías etiopatogénicas de la ansiedad basadas en investigaciones genéticas y de laboratorio. Dentro de estas últimas se ha confirmado el importante papel que desempeñan estructuras tales como la corteza frontal, el sistema límbico (particularmente el segmento septal-hipocámpico), los núcleos del rafe central y el locus coeruleus.

Se ha avanzado bastante en delinear los posibles efectos ansiolíticos de los receptores GABAérgicos, aunque es probable, sin embargo, que otros sistemas (noradrenérgico y serotoninérgico) tengan también participación activa. La infusión experimental de ácido láctico como agente ansiogénico tiene importancia patogenética y diagnóstica, al igual que el uso de cafeína y agonistas inversos como las beta-carbolinas (Torgersen, 1983). El trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos ansiosos perturban la arquitectura del sueño, como lo han demostrado en estudios polisomnográficos que muestran bajo *output,* y la organización pobre de ondas alfa y amplitud reducida de variaciones negativas contingentes; en comparación con pacientes depresivos, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada muestran reducciones mayores del estadio I del sueño y en porcentajes de sueño REM. Aunque algunos estudios familiares y de gemelos sugieren la presencia de un componente genético, existe acuerdo en que la base genética sólo podría ser actualizada por la vigencia de factores ambientales estresantes (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d; Debeurs, Beekman, Deeg *et al.,* 2000).

En consecuencia, el problema diagnóstico estriba en el señalamiento de la línea divisoria entre ansiedad normal y patológica, que es arbitraria y basada en la experiencia clínica. La heterogeneidad del cuadro sintomático es otro inconveniente significativo. El rasgo esencial del trastorno es la ansiedad excesiva, sin base realista, y la preocupación exagerada o desproporcionada frente a circunstancias o situaciones no necesariamente alejadas de lo cotidiano. Los síntomas deben persistir por espacio de seis meses o más. De modo que su diagnóstico diferencial incluye:

1. depresiones, particularmente el tipo de depresión agitada en el cual la depresión domina el cuadro clínico y la tensión severa ocurre sólo intermitentemente;
2. trastorno de adaptación con ánimo ansioso, en el cual existe un factor estresante definido de naturaleza psicosocial, pero no se encuentran todas las manifestaciones del trastorno de ansiedad generalizada cuya duración sea menor a seis meses;
3. trastornos psicóticos como el maniaco, la esquizofrenia (especialmente en estadios iniciales) o la depresión psicótica (WHO, 1993; APA, 2000);
4. otros trastornos, como los disturbios del apetito y del comer, personalidad múltiple, trastornos disociativos y algunos trastornos de personalidad

(pasivodependiente, obsesivo-compulsiva, histriónica y antisocial), y en población infantojuvenil el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005b).

En consecuencia su manejo se basa en concebir la ansiedad como conformada por varios elementos: la experiencia subjetiva de aprensión que incluye componentes afectivo, cognoscitivo, volitivo, los cambios psicofisiológicos asociados y los intentos por evitar, escapar o afrontar ciertas situaciones. Es conocido de los clínicos, a causa de su experiencia, que tales componentes pueden responder desigualmente a diversas modalidades terapéuticas (Souza, 2003a). De modo que el tratamiento requiere un enfoque individualizado, aun cuando la mayoría de los pacientes necesitan psicoterapia en combinación con farmacoterapia (Akiskal, 1998; Rickels y Schweitzer, 1995; Rickels y Schweitzer, 1998; Rickels y Rynn, 2001). La psicoterapia del paciente ansioso debe orientarse a los síntomas y a la relación entre éstos y situaciones desencadenantes específicas, así como a la personalidad del paciente. En tal contexto podrán usarse psicoterapia de apoyo, a efecto de ofrecerle al paciente aliento, búsqueda de alternativas o estrategias de solución de problemas, énfasis en logros pragmáticos, participación de familiares, etc.; técnicas cognitivo-conductuales basadas en explicaciones, programación de actividades, provisión de experiencias exitosas; psicoterapia de orientación psicodinámica, la cual puede abarcar también a miembros del núcleo familiar, y otras técnicas, tales como relajación y, en algunos otros casos, *biofeedback* y meditación (Souza, 2000e; Souza, 2005g). Es menester señalar, sin embargo, que dichos abordajes pueden ser insuficientes en casos severos. Cuando la ansiedad se origina del deterioro de habilidades interpersonales, el paciente puede beneficiarse de terapia grupal. En general las estrategias psicoterapéuticas más importantes consisten en combatir la desmoralización, alentar al paciente a participar en actividades que antes había evitado y ayudarlo a aprender nuevas destrezas intra e interpersonales.

En forma complementaria, cabe señalar que la farmacoterapia de la ansiedad tiene una tradición tan ilustre como accidentada, en particular por el omnipresente riesgo adictivo de la inmensa mayoría de los agentes ansiolíticos. El mayor conocimiento y experiencia clínica y una mejor psicoeducación del paciente contribuyen a reducir dicho riesgo (Souza, 1998a). Es evidente, por último, que los psicofármacos son efectivos en el manejo de cuadros ansiosos severos, en especial en aquellos que usualmente no responden a la psicoterapia (Barlow, comp., 2000), y la combinación de ambos recursos terapéuticos es aún mejor. Los principales grupos de drogas ansiolíticas son:

1. *Benzodiacepinas*. Drogas de acción sedante, hipnótica, relajante muscular, reductora del estado de alerta y generadora de indiferencia a situaciones

provocadoras de ansiedad. A estos efectos debe añadirse su moderada acción anticonvulsiva. Las benzodiacepinas (diazepam) están entre los fármacos de mayor venta en el mundo desde su introducción a fines de la década de los cincuenta. Controlan los síntomas tanto psíquicos (angustia) como somáticos de la ansiedad, tienen relativamente rápido comienzo de acción, interfieren muy poco con los efectos de otros medicamentos y permiten gran flexibilidad posológica. Tienen también un amplio margen terapéutico, que las hace más seguras que otros ansiolíticos aun después de sobredosis. Su acción parece estar basada en mecanismos competitivos con los receptores GABAérgicos. Algunos (lorazepam y oxazepam) no son metabolizados por el hígado, lo cual favorece su uso en pacientes con problemas hepáticos. Entre sus desventajas, aparte de su potencial adictivo y la sedación a veces intensa, con la consiguiente perturbación psicomotora, se cuentan su poco o nulo efecto profiláctico y la ocurrencia de una meseta en su efecto terapéutico después de aproximadamente seis semanas de tratamiento; lo cual es importante, pues de ignorarse esta característica el paciente puede llegar a niveles no controlables de tolerancia y consiguiente dependencia. Finalmente, 20 a 30% de pacientes tratados con benzodiacepinas no presentan respuesta clínica favorable (Souza, 2003a) (cuadro XIV.5).

2. *Bloqueadores beta-adrenérgicos*. Compuestos primariamente antihipertensivos, actúan principalmente a nivel periférico, vale decir en el manejo de la hiperexcitabilidad simpática —en especial de la sintomatología cardiovascular—; no influyen mayormente en las manifestaciones mentales o subjetivas de la angustia. En combinación con las benzodiacepinas permiten el uso de dosis reducidas de estas últimas. Están contraindicados en pacientes con historia de asma bronquial. El betabloqueador más conocido es el propanolol, que se usa a dosis generalmente no mayores de 120mg/día.

3. *Buspirona*. Droga de poco tiempo de uso, publicitada como carente de varios de los efectos secundarios de las benzodiacepinas. Químicamente es un agonista/antagonista parcial de dopamina; no es un relajante muscular, no tiene propiedades adictivas y no potencia los efectos del alcohol (Souza, 2005g). Su real efecto ansiolítico a dosis máxima de 30 mg/día parece ser inferior al de las benzodiacepinas, aunque puede ser un agente coadyuvante o aceptable como tratamiento de segunda línea (Barlow y Lehman, 1996; Alarcón, 1994).

4. *Antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) u otros como el bupropión* (Barlow, comp., 2000). Son más útiles en la terapéutica de los restantes trastornos de angustia.

5. *Antihistamínicos*. Menos ansiolíticos que los anteriores, pueden ser usados con ventaja, sin embargo, en pacientes con trastorno por ansiedad generalizada

que tienen, además, historia de alcoholismo y abuso/dependencia de drogas (Barlow y Lehman, 1996).

6. *Neurolépticos*. A dosis bajas tienen efecto tranquilizante pero son menos efectivos en casos de ansiedad no psicótica; deben usarse con cautela.

7. Otras drogas que poseen efecto ansiolítico como fenitoína, carbamazepina, L-triptofano y clonidina tienen uso limitado, y su utilidad, eficacia y complicaciones no están claramente documentadas como para recomendarlas en el manejo de este desorden. Actualmente se dispone de sustancias denominadas neurorreguladoras (valproatos, topiramato, gabapentina, lamotrigina, etc.) que pueden ser de utilidad en algunos pacientes.

ATAQUE DE PÁNICO

Se define como un periodo corto de miedo o malestar intenso que alcanza su acmé hacia los 10 minutos, acompañado de una sensación de peligro inminente y urgencia de escapar; debe incluir al menos 3 de 14 síntomas físicos (palpitaciones, temblor y sensación de asfixia, hasta mareos, parestesias, náuseas o escalofríos).

CUADRO XIV.5. Principales *benzodiacepínicos*

Duración de acción	*Nombre genérico*	*Equivalencia*	*Vida media (hs)*	*Rango de dosis (mg)*
Prolongada (24 horas)	Clordiazepóxido	10	36-200	0-15
	Diazepam	5	20-100	6-30
	Clorazepato	7.50	36-200	7.50-45
	Prazepam	10	36-200	10-30
	Flurazepam	15	40-250	15-45
Intermedia a corta (5-24 horas)	Alprazolam	0.50	6-200	0.25-4
	Lorazepam	1	10-20	0.50-4
	Temazepam	5	8-22	5-20
	Oxazepam	15	4-15	15-60
	Clonazepam	1	12-24	0.50-4
Ultracorta	Triazolam	0.25v	1.5-5	0.125-75

FUENTE: Tomado de Souza, 2000e.

El ataque puede ser inesperado, ocasionado de manera *situacional,* esto es, inmediatamente después del evento desencadenante, o bien *predeterminado*, es decir, de ocurrencia variable, no inmediatamente después del evento. Por lo tanto, se afirma que el pánico es una ansiedad aguda y extrema que se acompaña de síntomas fisiológicos y tiene como rasgo fundamental la ocurrencia repetida de ataques de angustia intensa (pánico), de manera situacional o predeterminada, sin base orgánica demostrable. Un estudio epidemiológico realizado en los Estados Unidos (ECA del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos) detectó una prevalencia de 6 meses de 1% y una prevalencia de vida de 1.5% (Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke y Goodwin, 1993). El trastorno de pánico genera, sin embargo, la proporción más alta de visitas a las clínicas de salud mental (50.4%) comparado con otros trastornos de angustia. El estudio citado reveló prevalencia de vida de 1.6% (1.0% en varones y 2.2% en mujeres). El comienzo tiene lugar típicamente en la mitad de la segunda década de la vida y su comorbilidad con cuadros depresivos llega en algunos casos a 60% (Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke y Goodwin, 1993). El trastorno de pánico puede estar o no acompañado del cuadro de agorafobia. Esto ha dado lugar a que se postule una distinción entre trastorno de pánico con y sin agorafobia. Esta última ocurre por igual en hombres y mujeres, en tanto que el

trastorno de pánico con agorafobia parece afectar dos veces más a mujeres que a varones.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier tipo de ansiedad, generalmente en respuesta a una situación específica relacionada con las principales características de la ansiedad. Sin embargo, estas situaciones de pánico difieren de las que son espontáneas, no provocadas, y que son las que definen el problema como un pánico patológico. Pese a que los ataques de pánico son frecuentes —más de un tercio de los adultos los presentan cada año y las mujeres son de dos a tres veces más propensas que los varones a sufrirlos—, el trastorno por pánico es poco corriente y se diagnostica en algo menos del 1% de la población.

El pánico patológico generalmente comienza en la adolescencia tardía o temprano en la edad adulta. La sintomatología de un ataque de pánico alcanza su intensidad máxima en unos cuantos minutos y normalmente se disipa dentro de un lapso breve de escasos minutos, por lo cual no puede ser observado por el médico. El cuadro se caracteriza por crisis que ocurren inesperadamente y sin relación alguna con factores precipitantes demostrables. Durante los ataques el paciente presenta diversos síntomas físicos (disnea, sensación de asfixia o de desmayo, mareos, taquicardia, traspiración, atragantamiento, náuseas, despersonalización o desrealización, parestesias, escalofríos, bochornos, dolor precordial, sensación de muerte inminente, miedo a perder el control o a "volverse loco") (Alarcón, 1994).

Y como los ataques se producen frecuentemente de modo inesperado o sin razón aparente, muchas de las personas que los presentan se preocupan con anticipación por la posibilidad de sufrirlos de nuevo (una situación conocida como ansiedad anticipatoria) y evitan lugares donde han sufrido ataques anteriormente (Alarcón, 1994). En adición, los síntomas pueden desarrollarse en cascada durante periodos de pocos minutos. Por espacio de un mes después de ocurrido un ataque el paciente debe mostrar un significativo cambio de conducta que traduce su preocupación por la posibilidad de un nuevo ataque o por las repercusiones a largo plazo que ello pueda tener.

El hecho de evitar los lugares que se temen se denomina agorafobia. La agorafobia es un estado de angustia precipitado por lugares o situaciones de los que resulta difícil o embarazoso escapar, con ataques de pánico situacionalmente predeterminados y sin posibilidades de ayuda o alivio; hay conducta evitativa concomitante y, cuando ella no ocurre, se presentan incomodidad intensa, tensión y síntomas físicos persistentes y severos. Si la agorafobia es lo suficientemente intensa, la persona puede llegar a enclaustrarse en su propio domicilio. Como los síntomas de un ataque de pánico implican muchos órganos vitales, las personas a menudo se preocupan pensando que padecen un problema del corazón, de los pulmones o del cerebro, y buscan la ayuda de algún

médico o se dirigen a un servicio de urgencias. Aunque los ataques de pánico son incómodos (a veces de forma extrema), no son peligrosos.

En el caso de trastorno de pánico con agorafobia la conducta evitativa de esta última puede ser de intensidad leve, moderada o severa. Desde mediados de la década de 1970 se especula respecto a la asociación patogénica de trastorno de pánico con el cuadro de prolapso de válvula mitral, que ocurre entre 12 y 25% de los pacientes con trastorno de pánico, cifra significativamente más alta que la hallada en controles normales (4.5%). Sin embargo, la proporción de pacientes con prolapso de válvula mitral primario que presentan trastorno de pánico es ínfima.

Por último, los trastornos de pánico asociados con prolapso de válvula mitral parecen ser clínica, fisiológica y farmacológicamente indistinguibles de otros ataques de pánico. Respecto a su etiopatogenia, cabe señalar que la ansiedad de separación en la infancia, la pérdida súbita de apoyos sociales o de relaciones interpersonales importantes, parecen ser factores predisponentes significativos (Alarcón, 1994). El diagnóstico se hace a partir del criterio cuantitativo del trastorno de pánico, un mínimo de cuatro ataques en cuatro semanas, o uno o más seguido de un mes de intenso temor anticipatorio. Cada ataque debe presentar por lo menos cuatro de los síntomas enumerados; tres o menos constituyen un ataque limitado o leve. Los criterios de severidad y remisión en casos de trastorno de pánico con agorafobia se configuran en base a la intensidad y curso clínico del cuadro. El carácter súbito del ataque es indispensable para el diagnóstico.

En general, el diagnóstico de trastorno de pánico requiere la evaluación del complejo sintomático global y la identificación de un patrón clínico característico, más que de componentes individuales (Pollack, Zainelli, Goddard, McCafferty, Bellew, Bumham *et al.,* 2001; Beck y Stanley, 1997). El diagnóstico diferencial implica descartar la patología orgánica, especialmente cardiovascular, endocrina, neurológica, gastroenterológica, músculo-esquelética y metabólica. Deben considerarse, además, las siguientes entidades psiquiátricas: *1)* síndrome de abstinencia o intoxicación por barbitúricos o estimulantes; *2)* episodio depresivo mayor; *3)* trastornos de somatización o de despersonalización; *4)* otros trastornos de angustia (WHO, 1993; APA, 2000). Para el manejo es necesario utilizar una estrategia dual: psicoterapia-farmacoterapia (Beck y Stanley, 1997), en la que se pretende recuperar a los portadores con base en un sistema de abordaje particular, aunque algunas personas se recuperan de los ataques de pánico sin tratamiento, en tanto otras desarrollan un pánico patológico. La recuperación sin tratamiento es posible en aquellos que tienen ataques de pánico o de ansiedad anticipatoria recurrentes, sobre todo si están repetidamente expuestos a la situación o al estímulo que los provocan. Las personas que no se recuperan por sí mismas o que no buscan tratamiento continúan padeciendo los

procesos de sufrimiento y recuperación de cada uno de los ataques de manera indefinida.

Las personas responden mejor al tratamiento cuando comprenden que el pánico patológico implica procesos tanto biológicos como psicológicos. Los fármacos y la terapia conductual pueden controlar generalmente la sintomatología. Además, la psicoterapia puede ayudar a resolver cualquier conflicto psicológico subyacente a los sentimientos y comportamientos ansiosos (Stanley, Hopko, Diefenbach, Bourland, Rodríguez y Wagener, 2003; Swales, Solfvin y Sheikh, 1996; Mohlman, Gorenstein, Kleber, De Jesús, German y Papp, 2003). Pero los pacientes responden mejor al tratamiento cuando comprenden que el pánico patológico implica procesos tanto biológicos como psicológicos (Pollack, Zainelli, Goddard, McCafferty, Bellew, Bumham *et al.,* 2001; Beck y Stanley, 1997). La terapia de exposición, un tipo de terapia conductual en la cual la persona es expuesta repetidamente al factor que desencadena el ataque de pánico, a menudo ayuda a disminuir el temor. La terapia se continúa hasta que la persona desarrolla un alto grado de comodidad ante la situación que provocaba la ansiedad. Además, la gente temerosa de sufrir un desmayo durante un ataque de pánico puede practicar un ejercicio consistente en girar en una silla o respirar rápidamente (hiperventilar) hasta que sienten que van a desmayarse. Este ejercicio les demuestra que no se van a desmayar durante el ataque de pánico (Stanley, Hopko, Diefenbach, Bourland, Rodríguez y Wagener, 2003).

La eficacia de la intervención psicoterapéutica es mayor cuando los síntomas del ataque de pánico se han controlado farmacológicamente. La psicoterapia debe reforzar los mecanismos de apoyo (propios y ajenos), en especial eliminar la conducta evitativa concomitante. En casos con agorafobia asociada, pueden y deben utilizarse técnicas conductuales tales como la exposición *in vivo,* que produce mejoría en 60-70% de los casos.

Las respiraciones profundas (control respiratorio), practicadas despacio, ayudan a muchas personas con tendencia a hiperventilar. La psicoterapia con el objetivo de conocer y comprender mejor los conflictos psicológicos subyacentes puede resultar también de utilidad. Un psiquiatra asesora a la persona para determinar si este tipo de tratamiento es adecuado. De forma menos intensa, la psicoterapia de apoyo es siempre apropiada, porque un terapeuta puede proporcionar información general acerca del trastorno, su tratamiento y las esperanzas reales de mejoría, y por el apoyo que aporta una relación de confianza con el médico.

Los fármacos y la terapia conductual, a la par, pueden controlar generalmente la sintomatología (Stanley, Hopko, Diefenbach, Bourland, Rodríguez y Wagener, 2003; Shader, Greenblatt, 1993; Smiley y Moskowitz, 1986). Además, la psicoterapia puede ayudar a resolver cualquier conflicto psicológico subyacente a los sentimientos y comportamientos ansiosos. Todos los tipos de antidepresivos tricíclicos, como la imipramina y la amitriptilina, los inhibidores de la

monoaminooxidasa, como la fenelzina, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina (hasta 80 mg/día, por ejemplo), y demás congéneres, han demostrado ser eficaces. Se han utilizado también IMAO, clomipramina, trimipramina, trazodona (Gelenberg, Lydiard, Rudolph, Aguiar, Haskins y Salinas, 2000; Katz, Reynolds, Alexopoulos y Hackett, 2002; Rickels, Pollack, Sheehan y Haskins, 2000; Oehrberg, Christiansen, Behnke, Borup, Severin, Soegaard *et al.,* 1995; Rickels y Schweizer, 1987; Roy-Burne, Katon, Cowley y Russo, 2001; Swales, Solfvin y Sheikh, 1996; Mohlman, Gorenstein, Kleber, De Jesús, German y Papp, 2003; Rickels, Schweizer, Csanalosi, Case y Chung, 1988).

Aunque se ha probado la eficacia de varias benzodiacepinas en ensayos controlados, solamente el alprazolam está específicamente aprobado para tratar el trastorno por pánico. Las benzodiacepinas actúan más rápido que los antidepresivos pero pueden causar dependencia física y son más propensas a producir ciertos efectos secundarios como somnolencia, alteraciones de la coordinación y aumento del tiempo de reacción (Shader y Greenblatt, 1993). Cuando un fármaco es eficaz, previene o reduce en gran medida el número de ataques de pánico. Un fármaco puede tener que tomarse durante largos periodos si los ataques de pánico reaparecen una vez que se interrumpe el tratamiento.

Con antidepresivos, sin embargo, hasta un 20% de los pacientes puede experimentar un efecto paradójico de acentuación de la sintomatología. Otros riesgos con estas drogas son sobredosis, convulsiones o crisis hipertensivas. Esto ha determinado que, en algunos casos, se considere el uso de benzodiacepinas tales como lorazepam, oxazepam y alprazolam en calidad de coadyuvantes (Rickels, Downing, Schweizer *et al.,* 1993; Connor, Sutherland, Tupler, Malik y Davidson, 1999; Jenike, Baer, Minichiello, Rausch y Buttolph, 1997; Tollefson, Rampey, Potvin, Jenike, Rush, Domínguez *et al.,* 1994; Boyer, 1995; Allgulander, Hackett y Salinas, 2001).

Otras drogas, como betabloqueadores y anticonvulsivantes, pueden ser usadas en casos extremos. Dado que los ataques de pánico son recurrentes por espacio de algunas semanas, rara vez se ve un solo ataque seguido por el miedo persistente a tener otro. El trastorno de pánico sin agorafobia tiende a durar semanas o meses; el trastorno de pánico con agorafobia más bien años, con periodos variados de remisión total o parcial. La personalidad premórbida, diatesis ansiosa y la presencia de conducta evitativa marcada son indicadores pronósticos negativos. Si el tratamiento no es exitoso —se estima que ocurre en entre 20 y 30% de los casos—, el individuo puede desarrollar depresión (con alto riesgo de conducta suicida), adicción al etanol, abuso/dependencia de drogas (Souza, 2000e) y otros problemas físicos, tales como hipertensión y úlcera péptica.

TRASTORNOS FÓBICOS

Están caracterizados por presentar dos tipos de manifestaciones: *fobias específicas y fobia social.*

Fobias específicas

Anteriormente se las denominaba fobias sociales. Este tipo de trastornos tiene como síntoma cardinal el miedo o temor persistente a un estímulo circunscrito, temor que, a su vez, desencadena una irrefrenable conducta evitativa del estímulo provocador; cuando ello no es posible puede producirse un cuadro ansioso de severidad variable. Su prevalencia en población general es de 3-4%, pero se estima que las cifras reales son sustancialmente más altas. Las fobias específicas más comunes en la población general involucran animales (perros, gatos, serpientes, insectos y ratones). Sin embargo, los casos de fobia más frecuentemente vistos en la práctica se relacionan con injuria corporal o enfermedad (nosofobia), muerte (tanatofobia), espacios cerrados (claustrofobia), altura (acrofobia) y travesías en avión. Las fobias a animales (zoofobias) se inician más a menudo en la niñez, las nosofobias en la adolescencia y las restantes alrededor de la cuarta década de la vida.

El trastorno se ve más frecuentemente en mujeres, aun cuando se desconocen otros factores predisponentes. El DSM-IV agrupa las fobias específicas en cinco subtipos: *1)* animales; *2)* eventos del ambiente natural; *3)* sangre; *4)* inyecciones o lesiones situacionales, y *5)* otras (APA, 2000). La sintomatología muestra a menudo un paciente que reconoce abiertamente que su temor es excesivo, irracional y difícilmente controlable. El contacto con el estímulo fóbico desencadena casi de inmediato una respuesta ansiosa severa (sobresalto, taquicardia, diaforesis, disnea). Los síntomas disminuyen de intensidad en la medida en que el estímulo fóbico se aleja. La conducta evitativa, secundaria al miedo fóbico, genera a veces serias perturbaciones en la vida interpersonal del paciente que, por falta de una adecuada información social (Souza, 2003d), no en todos los casos se ve impelido a buscar ayuda profesional.

Respecto a su etiopatogenia, amén de las referencias a cierta vulnerabilidad o predisposición psicofisiológica con relativos correlatos neurohormonales, y la contribución de experiencias aterradoras acaecidas en edad temprana, se conoce muy poco respecto al origen y mecanismos causantes de fobias simples. Por lo tanto el diagnóstico se formula sólo con una historia clínica documentada y en presencia de los síntomas característicos del cuadro, así como con la ansiedad anticipatoria y la conducta evitativa. Estas circunstancias interfieren con la rutina del afectado y su funcionamiento ocupacional y social.

El diagnóstico diferencial se establece con los restantes cuadros ansiosos. Puede resultar particularmente difícil en casos de trastornos de pánico y obsesivo-compulsivo, cuya conducta evitativa es también prominente. En casos de hipocondriasis y trastornos de la conducta alimentaria la conducta evitativa no es el síntoma más prominente (Regier, Farmer, Rae *et al.,* 1990). Su tratamiento requiere técnicas de terapia conductual; en particular la desensibilización sistemática —por cierto de estructura similar a las utilizadas en trastorno por estrés postraumático—, la implosión, las técnicas cognitivas y el modelaje tienen en las fobias un campo de aplicación exitoso por su brevedad y efectividad, cuando son utilizadas por un profesional experimentado. El uso juicioso de ansiolíticos y, en raros casos, de antidepresivos o neurolépticos, es recomendable en las fases agudas del cuadro (Pollack, Zainelli, Goddard, McCafferty, Bellew, Bumham *et al.*, 2001; Beck y Stanley, 1997; Shader, Greenblatt, 1993; Smiley y Moskowitz, 1986; Swales, Solfvin y Sheikh, 1996; Mohlman, Gorenstein, Kleber, De Jesús, German y Papp, 2003; Rickels, Schweizer, Csanalosi, Case y Chung, 1988; Rickels, Downing, Schweizer *et al.*, 1993; Connor, Sutherland, Tupler, Malik y Davidson, 1999; Connor, Sutherland, Tupler, Malik y Davidson, 1999; Jenike, Baer, Minichiello, Rausch y Buttolph, 1997; Tollefson, Rampey, Potvin, Jenike, Rush, Domínguez *et al.*, 1994; Boyer, 1995; Allgulander, Hackett y Salinas, 2001).

Muchas de las fobias específicas que comienzan en la niñez desaparecen espontáneamente; aquellas que persisten hasta la adultez requieren tratamiento. El pronóstico es en general favorable, pero se requieren medidas preventivas que minimicen la exposición al estímulo fóbico.

Fobia social

Ésta se caracteriza por un temor excesivo, con concomitante conductual de evitación, en relación con situaciones en las cuales el individuo puede ser evaluado u observado más o menos intensamente por otros, o forzado a actuar de una manera que él percibe como embarazosa o humillante (Emmanuel, Brawman-Mintzer, Morton *et al.*, 2000; Alpert, Uebelacker, McLean *et al.*, 1997). Ejemplos típicos son la fobia a hablar, escribir o cenar en público o a usar servicios higiénicos públicos.

Se estima que este trastorno representa, en poblaciones clínicas, cerca de 30% del total de fobias, en tanto que en la población general alcanza 13%. La distribución por sexo es de 1:1 o levemente en favor de pacientes varones, y la edad de comienzo más común es hacia los 12-19 años, aun cuando puede aparecer más allá de los 35. La fobia social puede coexistir con fobias específicas y trastornos de pánico.

Su curso es crónico, con alguna reducción durante la edad media de la vida. No hay información con respecto a factores predisponentes o historia familiar. Su sintomatología se acompaña de claros síntomas somáticos de ansiedad, el más característico de los cuales es sonrojo o bochorno. La situación fóbica puede ser tolerada en algunos casos a un costo emocional severo, pero más comúnmente el paciente la evita de manera sistemática. Esta conducta evitativa, sin embargo, genera serios disturbios en la vida interpersonal del paciente, el cual, como en el caso de las fobias específicas, admite que su temor es enteramente irracional (Foa, Gilboa-Schechtman, Amir *et al.*, 2000).

En su etiopatogenia se ha señalado una pléyade de factores experienciales condicionantes, probable personalidad evitativa y predisposición psicofisiológica, por lo cual su diagnóstico requiere la identificación de la situación fóbica, de la conducta evitativa concomitante y de las secuelas interpersonales. Si la situación fóbica incluye la mayoría o la totalidad de las situaciones sociales posibles, la fobia se denomina fobia social generalizada (Stein, Torgrud y Walker, 2000).

Su diagnóstico diferencial requiere distinguir entre la evitación normal de situaciones sociales que causan malestar y el miedo a multitudes asociado con agorafobia. En la fobia social el sujeto teme el escrutinio a que se supone sometido por los otros, no el hecho de estar rodeado de mucha gente. Los pacientes fóbicos que presentan concomitante pánico o angustia generalizada pueden ser fisiológicamente distintos de los que no experimentan estos trastornos.

Las fobias específicas no incluyen situaciones sociales como estímulo fóbico manifiesto. En el trastorno de pánico con agorafobia la evitación de la situación social ocurre por miedo a la vergüenza de tener un ataque de pánico. La personalidad de tipo evitativo da lugar a un estilo interpersonal generado por el temor a ser rechazado. En el trastorno persistente del desarrollo y en la personalidad esquizoide, la conducta evitativa obedece a falta de interés por parte del paciente para establecer vínculos interpersonales. Finalmente, el bochorno o sonrojo puede ser síntoma de una variedad de condiciones físicas, tales como hipertensión esencial, síndrome carcinoide, alergia y otras.

Su manejo parte del uso de técnicas de desensibilización sistemática y modelaje, en conjunción con ansiolíticos a dosis bajas, *biofeedback* (en ciertos casos) y terapia de apoyo (Stein, Torgrud y Walker, 2000). Su pronóstico, dado que este trastorno es potencialmente nocivo para el avance laboral o profesional del individuo afectado, es reservado, y sus posibles complicaciones, conocidas desde hace muchos años, son la dependencia del etanol (Souza, 1988d), el abuso/dependencia de psicotrópicos —sedantes e hipnóticos—, y la depresión (Simpson, Schneier, Campeas *et al.*, 1998). Por fortuna la mayoría de los casos de fobia social son relativamente controlables.

Agorafobia sin historia de trastorno de pánico

Aun cuando los síntomas son los mismos que los del trastorno de pánico, su foco clínico es el miedo a la ocurrencia de los mismos, en ausencia de historia de trastorno de pánico. No es el tipo de fobia más común en la población general, pero puede ser el más invalidante de estos trastornos. El temor conduce, por cierto, a conductas evitativas, con gradual y a menudo severa reducción de las actividades diarias.

La prevalencia de agorafobia en la población general es de aproximadamente 0.8%. La edad de comienzo es variable, pero ocurre con más frecuencia hacia los 20-30 años y aparece más a menudo en mujeres. Su sintomatología frecuentemente reúne mareos, sensación de caída inminente, despersonalización o desrealización, incontinencia urinaria, diarrea, vómitos, taquicardia y ahogos. La presentación más común es de ataques limitados, leves o moderados, pero la situación potencialmente más peligrosa es el persistente temor a recurrencias. Muchos agorafóbicos tienen una historia de crisis de angustia o de trastorno por ansiedad generalizada al comienzo del cuadro; otros presentan historia previa de episodios depresivos.

Las fobias mixtas o polifobias representan probablemente variantes del trastorno. Su etiopatogenia indica la presencia de rasgos de personalidad evitativa en muchos agorafóbicos. La ansiedad de separación u otros trastornos de la infancia pueden ser considerados como factores predisponentes, en tanto que en la vida adulta el comienzo de la agorafobia se asocia con acontecimientos estresantes o traumáticos. Las bases biológicas de la agorafobia permanecen desconocidas.

Su diagnóstico se basa en el reconocimiento de la situación desencadenante, y la sintomatología típica, con conducta evitativa concomitante, contribuye significativamente al diagnóstico. Su diagnóstico diferencial se hace contra los principales diagnósticos diferenciales que se dan con el trastorno de pánico con agorafobia y con fobias sociales. En la depresión mayor el paciente evita situaciones que lo abruman, pero no experimenta el miedo al desarrollo súbito de síntomas incapacitantes.

Ante trastornos psicóticos con rasgos persecutorios, el sujeto afectado evita situaciones que en su delirio percibe como amenazantes. El manejo de esta condición que se basa en la terapia de exposición (gradual o masiva) al estímulo fóbico parece ser el más efectivo.

La relación médico-paciente es crucial y la adición de ansiolíticos facilita el proceso terapéutico, tal como ocurre en el manejo de los problemas adictivos (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000). Su pronóstico es a menudo reservado dado que típicamente el trastorno persiste por varios años y varía en casos leves o moderados, que presentan fluctuaciones sintomáticas con eventuales remisiones; los casos severos pueden llegar a la invalidez total.

Históricamente, el estudio sistemático del trauma emocional y de sus efectos psicológicos comenzó apenas en la segunda mitad del siglo XIX (Brady, Pearlstein, Longborg, Brady, Rothbaum, Sikes *et al.*, 2000). Observaciones clínicas derivadas de la guerra de Secesión en los Estados Unidos, de los conflictos bélicos en Europa, a fines del siglo XIX, y más tarde en las dos guerras mundiales, fueron dando forma a la entidad bautizada sucesivamente como corazón irritable, shock de bombardeo, ansiedad de las trincheras, fatiga de combate, neurosis de guerra y astenia neurocirculatoria.

En la década de los setenta se describió el "síndrome de Vietnam", y desde 1980 se ha oficializado el nombre de trastorno de estrés postraumático. A pesar de que la mayoría de las observaciones clínicas de trastorno de estrés postraumático provienen de la psiquiatría militar, el concepto de trauma ha sido recientemente expandido para abarcar una variedad de situaciones psicológicamente perturbadoras, cuya característica común es que exceden un rango más o menos aceptable de intensidad (Davidson, Pearlstein, Longborg, Brady, Rothbaum, Bell *et al.*, 2001).

En las últimas décadas se ha estudiado intensamente la psicofisiología y otros factores neurobiológicos en la patogénesis del trastorno, así como una variedad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. El trastorno de estrés postraumático ocurre a cualquier edad y parece afectar a cerca de 4% de la población general. Se estima que 30% de los veteranos de la guerra de Vietnam presentan evidencia de trastorno de estrés postraumático total o parcial. El daño y las complicaciones ulteriores determinan una tendencia marcada a la cronicidad. La existencia previa de psicopatología parece ser condición importante pero no indispensable para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

Se presenta más en varones, pero no hay hallazgos concluyentes en relación con su distribución por sexo, raza, o en individuos con historia familiar de trastornos psiquiátricos.

Las condiciones comórbidas más frecuentes son alcoholismo y abuso de drogas. En el DSM-IV se incluye el llamado trastorno de estrés agudo, con síntomas prácticamente iguales a los de trastorno de estrés postraumático pero con cierto predominio de manifestaciones disociativas y una duración de dos días a cuatro semanas (APA, 2000). Su sintomatología suele caracterizarse porque el evento traumático se percibe como una verdadera amenaza de muerte, lesiones severas o peligro serio a la integridad física y psicológica del paciente. Las reacciones inmediatas son de miedo, desamparo y horror.

Un grupo importantísimo de síntomas se resume en la llamada reexperiencia del evento, en la forma de recuerdos o imágenes intrusas, pesadillas, seudopercepciones y alta reactividad fisiológica. La conducta evitativa y el

"entumecimiento" emocional abarcan áreas amplias del funcionamiento individual, incluyendo problemas de memoria, apatía, desapego, indiferencia o pesimismo intenso frente al futuro. Finalmente, el estado de hiperprosexia que mantiene la hipervigilia se traduce en sueño irregular, irritabilidad, dificultades cognitivas y reacciones excesivas de estupor psicomotor. La duración de los síntomas no debe ser menor de un mes (seis meses según la CIE-10). De acuerdo con su duración y su forma de inicio, el trastorno de estrés postraumático puede ser agudo (menos de tres meses), crónico (tres meses o más) y de inicio demorado (latencia mayor de seis meses) (WHO, 1993).

Su etiopatogenia alude a que el factor estresante desencadena las respuestas cognoscitivas, emocionales y fisiológicas del cuadro clínico, mediadas por sistemas neurofisiológicos y bioquímicos diversos. Se cuentan entre éstos los sistemas adrenérgico, dopaminérgico, serotoninérgico, opiáceo endógeno, benzodiacepínico endógeno y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal.

Las múltiples expresiones clínicas del trastorno de estrés postraumático se deben a cambios funcionales en los centros integrativos superiores del sistema nervioso central tales como el sistema límbico, el *locus coeruleus,* la amígdala y otros. El compromiso gradual de todos estos sistemas a lo largo del tiempo remeda un modelo patogénico de cascada sintomática con múltiples apariencias clínicas y manifestaciones psicológicas, físicas y humorales.

Varios de estos conceptos aguardan aún mayor confirmación clínico-experimental, pero han probado ya su viabilidad en el campo diagnóstico y terapéutico. Los eventos que hoy se consideran similares a la experiencia de combate en su potencial de causar trauma psíquico son, entre otros, los que envuelven violencia inusitada (violación sexual, robo, ataque físico), rapto, desastres naturales o tecnológicos, tortura, accidentes de tránsito, diagnóstico inesperado de enfermedad incurable, persecución política, etcétera.

Por otro lado, la presencia del trastorno de estrés postraumático aumenta el riesgo de ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos tales como depresión, somatización, alcoholismo o abuso de drogas. Su diagnóstico se basa en el conocimiento de la repetición del acontecimiento traumático en la percepción subjetiva del paciente, con la consiguiente perturbación psicológica. Las conductas de evitación sistemática y, sobre todo, el "entumecimiento psíquico" y el alejamiento, desapego, indiferencia o rudeza concomitantes son características distintivas del trastorno de estrés postraumático (Averill y Beck, 2000). Debe agregarse a ellas la variedad de síntomas físicos (similares al cuadro de trastorno por ansiedad generalizada) y la súbita producción de las manifestaciones ansiosas frente a estímulos simbólicos o situaciones que recuerdan el evento traumático, por ejemplo las víctimas de terremotos al paso ruidoso de un vehículo pesado, los ex combatientes en un aeropuerto o ante el olor de gasolina en estaciones de servicio, etc. Nosológicamente, el trastorno de estrés

postraumático está todavía ubicado entre los trastornos de angustia en las dos grandes clasificaciones mundiales (WHO, 1993; APA, 2000).

Muchos autores han sugerido un grupo nosológico distinto que abarque todos los trastornos relacionados con eventos traumáticos, pero tal propuesta aguarda todavía aceptación más amplia. Dada la prominencia de los síntomas ansiosos, su diagnóstico diferencial debe incluir por fuerza todos los restantes trastornos de angustia. Debe también tenerse en cuenta la comorbilidad con otros cuadros (Goddart, Flament, Lecrubier *et al.*, 2000; Wetherell y Arean, 1997).

Por otro lado, el clínico debe saber distinguir entre trastorno de estrés postraumático y trastornos de ajuste o adaptación, en los que el agente estresante es usualmente menos severo y más "rutinario" (enfermedad leve, divorcio, duelo no complicado, problemas económicos), y los síntomas ansiosos parecen ser menos complejos y elaborados. Asimismo, la discriminación incluye la depresión; es un diagnóstico diferencial difícil por la prominencia del síntoma dentro del cuadro de trastorno de estrés postraumático, la frecuente asociación de ambos diagnósticos y la respuesta favorable del trastorno de estrés postraumático a antidepresivos tales como los IMAO o ISRS y mixtos (Marshall, Beebe, Oldham y Zaninelli, 2001). Sin embargo, los síntomas ansiosos propiamente tales están ausentes en la depresión, como lo están también las conductas de evitación, embotamiento emocional, reexperimentación del trauma e hiperexcitabilidad motora.

Los trastornos disociativos, de frecuente ocurrencia comórbida con el trastorno de estrés postraumático, se confunden con éste por la presencia de reviviscencias, notable distractibilidad, distanciamiento afectivo y hasta amnesia para algunas conductas automáticas. La duración de estos síntomas es significativamente menor en trastorno de estrés postraumático, y aparecen estrechamente vinculados al trauma o a eventos que lo recuerdan.

Por su parte, la esquizofrenia y otras psicosis deben discriminarse también para su correcto diagnóstico; las similitudes son innegables (seudoalucinaciones, ideación paranoide, manifestaciones catatoniformes, afecto constreñido, curso crónico), pero en el trastorno de estrés postraumático no se encuentra disgregación del pensamiento, delusiones o los llamados síntomas primarios clásicamente descritos por Schneider (WHO, 1993; APA, 2000). Su manejo debe considerar las experiencias de la psiquiatría militar, que ha resaltado la importancia del tratamiento inmediato del cuadro agudo a fin de prevenir en lo posible la tendencia a la cronicidad detectada en pacientes con trastorno de estrés postraumático. Por su parte, la terapéutica farmacológica de este trastorno debe adaptarse a la naturaleza de los síntomas más prominentes. Para algunos autores el trastorno de estrés postraumático es el único diagnóstico psiquiátrico en el que puede usarse polifarmacia con alguna latitud (Davis, Nugent, Murray, Kramer y Petty, 2000). Los agentes más utilizados son:

a) Benzodiacepínicos. Útiles en el tratamiento del insomnio y las pesadillas. Debe prestarse atención al posible desarrollo de tolerancia y dependencia y a la acentuación del efecto sedante cuando el paciente abusa de alcohol u otras drogas.

b) Antidepresivos tricíclicos. Éstos, tales como amitriptilina, doxepina y trimipramina, tienen cierta eficacia en anhedonia, síntomas vegetativos, terrores nocturnos, insomnio y ansiedad.

c) IMAO. Los de tipo fenelzina parecen tener buenos resultados en síntomas tales como pesadillas, *flashbacks,* embotamiento afectivo y conducta violenta.

d) Inhibidores selectivos de la serotonina, ISRS. Los de uso más frecuente en el momento actual parecen actuar más rápidamente en síntomas tales como impulsividad, fluctuaciones del ánimo, ansiedad, apatía y algunas manifestaciones físicas.

e) Otros fármacos. Son del tipo de carbonato de litio, buspirona, betabloqueadores, agonistas alfaadrenérgicos y neurolépticos (Sadock y Sadock, 2007) y neurorreguladores.

El principio terapéutico de facilitación de la abreacción subyace a la utilización de otras modalidades terapéuticas en el trastorno de estrés postraumático. Se cuentan entre ellas técnicas conductuales tales como desensibilización sistemática (a través de métodos de exposición como la llamada “inoculación de estrés”, exposición visual, realidad virtual, etc.), implosión y otras. Puede usarse también terapia individual, familiar y de grupo, esta última muy efectiva en la resolución de la intensa problemática interpersonal de los pacientes.

Se ha utilizado también, sin mucho éxito, el narcoanálisis (inyección endovenosa de amobarbital o pentotal sódico) y la hipnoterapia. La psicoterapia dinámica no parece ser efectiva en este trastorno. En relación con su pronóstico, se citan como factores pronósticos favorables la agudeza del cuadro, el inicio inmediato del tratamiento, buena personalidad premórbida y adecuado apoyo social.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Se caracteriza por la presencia de ideas, imágenes o impulsos recurrentes, no deseados, invasores, que parecen sin sentido, extraños, indecentes o aterradores (obsesiones), y a la vez una urgencia o una compulsión a hacer algo que libere de

la incomodidad causada por la obsesión. Los temas obsesivos omnipresentes son el daño, el riesgo o el peligro. Entre las obsesiones más frecuentes están las preocupaciones por la contaminación, la duda, la pérdida y la agresividad. Característicamente, la gente con un trastorno obsesivo-compulsivo se siente impulsada a realizar rituales (actos repetitivos, con un propósito, intencionales).

Los rituales utilizados para controlar una obsesión incluyen lavarse o limpiarse para quitarse la contaminación, comprobaciones repetitivas para suprimir las dudas, guardar las cosas para que no se pierdan y evitar a las personas que pudieran ser objeto de agresión (Wetherell y Arean, 1997). En general los rituales consisten en el excesivo lavado de manos o en la comprobación repetitiva para asegurarse de haber cerrado la puerta. Otros rituales son mentales, como el cálculo repetitivo o hacer afirmaciones para disminuir el peligro. El trastorno obsesivo-compulsivo es diferente de la personalidad obsesivo-compulsiva.

La gente puede tener una obsesión hacia cualquier cosa y sus rituales no están siempre conectados de forma lógica a la incomodidad que se trata de aliviar. Por ejemplo, una persona que está preocupada por la contaminación puede haber sentido alivio una vez al haber metido por casualidad su mano en el bolsillo. A partir de ese momento, cada vez que le surge una obsesión relacionada con la contaminación, introduce repetidamente su mano en el bolsillo. En general, las personas con trastornos obsesivo-compulsivos son conscientes de que sus obsesiones no reflejan riesgos reales. Reconocen que su comportamiento físico y mental es excesivo hasta el punto de llegar a ser insólito. De allí la diferencia entre el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos psicóticos, en los cuales la gente pierde contacto con la realidad.

El trastorno obsesivo-compulsivo afecta a cerca de 2.3% de los adultos y sucede aproximadamente con igual frecuencia en mujeres que en varones. Como las personas afectadas por este trastorno temen la vergüenza de ser descubiertas, a menudo realizan sus rituales de modo secreto, aun si éstos les llevan varias horas cada día. Cerca de un tercio de las personas con una obsesión compulsiva se encuentra en estado depresivo cuando se diagnostica el trastorno. En conjunto, dos tercios sufren depresión en algún momento (Sadock y Sadock, 2007). Para su tratamiento, la terapia de exposición, un tipo de terapia conductual, a menudo ayuda a la gente con una obsesión compulsiva. En este tipo de terapia la persona es expuesta a las situaciones o a las personas que desencadenan las obsesiones, los rituales o la incomodidad. La incomodidad de la persona o su ansiedad disminuirán de modo gradual si se controla para no realizar el ritual durante exposiciones repetidas al estímulo que lo provoca. De este modo, la persona aprende que no necesita el ritual para quitarse dicha incomodidad. La mejoría persiste en general durante años, probablemente porque aquellos que han conseguido aprender a utilizar este protocolo de

autoayuda continúan practicándolo sin demasiado esfuerzo como una forma de vida después de haber concluido el tratamiento.

Los fármacos pueden también ayudar a muchas de estas personas (Sadock y Sadock, 2007). Todos ellos (clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina) han sido probados con éxito tras haber demostrado eficacia superior al placebo (Koran, Hackett, Rubin, Wolkov y Robinson, 2002; Zophar y Judge, 1996; McDougle, Goodman, Leckman, Barr, Heninger y Price, 1993). La psicoterapia, con el objetivo de conocer y comprender mejor los conflictos internos, generalmente no ha resultado de utilidad para las personas con obsesión compulsiva. Normalmente el mejor tratamiento es una combinación de fármacos y de terapia conductual.

TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A UNA CONDICIÓN MÉDICA

Por último, cabe considerar otras entidades psicopatológicas, como el trastorno de ansiedad debido a una condición médica, que se caracteriza por ansiedad prominente, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones, que son resultado fisiológico directo de una condición médica general, la cual debe ser, por cierto, debidamente documentada mediante historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio (Sadock y Sadock, 2007). Las entidades médicas más frecuentemente asociadas con sintomatología ansiosa se exponen en el cuadro XIV.6.

El diagnóstico diferencial a menudo requiere observar los siguientes: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ajuste con ansiedad, y el trastorno de angustia inducido por drogas, el cual, casi por regla general, suele ser pasado por alto por el personal de salud del primer nivel de atención y en ocasiones incluso por especialistas no psiquiatras. La codificación debe especificar el tipo de síntomas ansiosos que dominan el cuadro. El tratamiento con agentes ansiolíticos o antidepresivos debe ejercitarse en un lapso breve y controlado, a la vez con prudencia y sin miedo.

EL TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR DROGAS

El criterio diagnóstico fundamental es que la angustia debe ser juzgada como efecto fisiológico directo de una droga ingerida, sea como medicamento, sustancia de abuso o resultado de exposición tóxica. Los síntomas incluyen ansiedad, obsesiones, compulsiones, fobias o ataques de pánico, y pueden ocurrir en plena intoxicación, como parte de un cuadro de delirio o durante la fase de abstinencia. Las sustancias tóxicas más frecuentemente involucradas son alcohol, anfetaminas, cafeína, mariguana, cocaína, alucinógenos, solventes

inhalables, hipnóticos y más ocasionalmente la fenciclidina, etc. (Souza, 2000e). Por lo tanto su diagnóstico diferencial debe basarse en una convincente exhibición de síntomas de angustia, y no solamente en manifestaciones ansiosas en fases de intoxicación o abstinencia.

Otros cuadros de angustia entran también en esta diferenciación. El tratamiento debe ser cuidadoso, ya que el uso de ansiolíticos puede ser contraproducente. En general se postula la aplicación de medidas conservadoras de observación y sostén físico, además de evaluar las razones del consumo generador y actuar en consecuencia (Souza, 2007a). Ejemplos de problemas médicos que pueden causar ansiedad incluyen trastornos neurológicos, como una lesión en la cabeza, una infección en el cerebro y una enfermedad del oído interno, trastornos cardiovasculares, como la insuficiencia cardiaca y las arritmias, trastornos endocrinos, como una hiperfunción de las glándulas suprarrenales o de la tiroides, y trastornos respiratorios, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las drogas que pueden inducir ansiedad incluyen alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, así como muchos fármacos prescritos (Souza y Cruz, 2007c). También se puede producir ansiedad cuando se interrumpe un fármaco. La ansiedad debe disminuir cuando se trata la enfermedad somática o cuando ha pasado tiempo suficiente desde la interrupción del fármaco para que hayan desaparecido los efectos de su supresión. Cualquier grado de ansiedad remanente puede ser tratado con fármacos ansiolíticos adecuados, terapia conductual o psicoterapia.

CUADRO XIV.6. *Causas físicas de los síntomas de ansiedad*

Tipo de trastorno	*Entidad clínica*
Inmunológico	Anafilaxia
Metabólico	Hiperadrenalismo, hiperkalemia, hipertiroidismo, hiperventilación, hipertermia, hipocalcemia, hipoglicemia, hiponatremia, hipotiroidismo, menopausia, porfiria, acidosis de cualquier causa
Neurológico	Encefalopatía (infecciosas, metabólicas, tóxicas), tremor esencial, masa intracraneal, síndrome posconcusión, TEC, vértigo, migraña, demencia incipiente, vestibulitis, esclerosis múltiple, Huntington, Wilson
Respiratorio	Asma, hipoxia, EPOC, neumonía, neumotórax, edema pulmonar, embolia pulmonar
Tumores secretores	Carcinoide, insulinoma, feocromocitoma, adenoma o carcinoma paratiroideo, tumores pituitarios
Cardiovascular	Angina pectoris, arritmias, ECC, hipertensión, hipovolemia, IM, síncope, enfermedad valvular, shock, prolapso de válvula mitral
Dietético	Acatisia, toxicidad anticolinérgica, digitálica, alucinógenos, hipotensores, estimulantes, síndromes de abstinencia, esteroides, algunos antibióticos
Hematológicos	Anemias

FUENTE: Modificado de Rickels y Rynn, 2001.

RESUMEN

La ansiedad es un estado emocional desagradable con causa poco clara para el portador, que a menudo se acompaña de cambios fisiológicos y del comportamiento similares a los originados por la sensación de miedo. Por sus similitudes, en muchas ocasiones puede ser muy difícil de diferenciar, amén del indiscriminado e indistinto uso de los términos *ansiedad y miedo*. Los diversos cuadros clínicos que involucra se relacionan a menudo con las adicciones en su carácter de comorbilidad psiquiátrica (entidad clínica primaria asociada pero independiente o derivada de la patología adictiva), por lo cual deben tomarse en

cuenta cuando se trata de enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias (Souza, 2000e).

La etiología es diversa y existen varias apreciaciones teóricas (psicodinámica, conductual y cognitiva). Su diagnóstico se basa en el despliegue y las características de sus síntomas. De modo que una historia familiar de ansiedad puede ayudar al médico a establecer el diagnóstico, ya que tanto la predisposición a una ansiedad específica como la predisposición general a la ansiedad tienen a menudo carácter hereditario. Debido a su alta comorbilidad con la depresión mayor, existen algunos autores que estiman que el trastorno por pánico es un estadio en la evolución natural de la enfermedad depresiva. Otros utilizan la denominación "pánico" en la misma dirección, prefiriendo llamar trastorno por pánico al *panic disorder* y ataque de pánico al *panic attack*.

Actualmente se habla en el ambiente profesional de la ansiedad condicionada, que se refiere a las respuestas autonómicas mediadas por mecanismos cerebrales; psicogénica, aquella en la que es clara la presencia de una dinámica inconsciente añadida, y somatogénica, la que muestra claras manifestaciones conductuales y un alto grado de compromiso fisiológico global. En la actualidad se habla de ansiedad exógena (fobias) y ansiedad endógena (pánico y ansiedad generalizada). Los principales trastornos por ansiedad catalogados en los manuales internacionales son: *1)* trastorno de ansiedad generalizada; *2)* ataque de pánico; *3)* trastornos fóbicos (fobias específicas; fobia social y agorafobia sin historia de trastorno de pánico); *4)* trastorno de estrés postraumático, y *5)* trastorno obsesivo-compulsivo.

Se añaden, por último, otras dos entidades psicopatológicas: el trastorno de ansiedad debido a una condición médica y el trastorno de ansiedad inducido por drogas, el cual es parte central del tema que nos ocupa. El personal de salud dedicado a la atención de primer contacto o atención primaria a la salud de diversos países atiende aproximadamente a 90% de los pacientes con estos trastornos. Y como se tiene noticia de que en la actualidad tal personal sólo deriva al especialista (psiquiatra, neurólogo, etc.) aquellos casos con signos psicóticos, intentos de suicidio, episodios asociados con el trastorno bipolar o por falta de respuesta al tratamiento, se hace importante reconsiderar la actuación profesional a nivel de la formación básica y continua de este personal en temas psiquiátricos como la ansiedad (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b), puesto que indudablemente son pieza clave para la detección precoz, mejoría del diagnóstico y del tratamiento.

* Maestría en psicoterapia de las adicciones, México, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES / SEP, 2008.

XV. VIOLENCIA, SEXO Y CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS*

LA VIOLENCIA sexual es la máxima intrusión al yo, debido a la invasión de los espacios psíquicos más profundos y privados. En ella los sentimientos de degradación y humillación y la pérdida del control y la autonomía son inevitables. Pero no obstante su extensión y gravedad, a menudo el diagnóstico de los casos es ignorado, a pesar de tratarse de una crisis psicofísica y sociolegal, cuyas implicaciones trascienden al incidente traumático y en algunos casos duran toda la vida (Souza, 1999e).

En relación con su frecuencia, considérese que una de cada cuatro mujeres la sufre en algún momento de su vida, lo cual incluye, sorprendentemente, a menores y a mujeres ancianas, discapacitadas o confinadas en hospitales y casas de retiro. Asimismo, la revictimación, que ocurre 3.2 veces en promedio, y el recidivismo de los ofensores, que es mayor de 50% de los casos, respectivamente, se incrementan cuando existe consumo de psicotrópicos, y promueven otros delitos, incluidos los sexuales, o son concomitantes de ellos (Souza, 1999e).

Por lo tanto, esta deplorable condición patológica psicosocial reclama una adecuada sensibilización de la comunidad, guiada por el consenso de los profesionales, para facilitar su comprensión, su terapéutica y una adecuada eliminación de la reincidencia de los participantes a través de medidas educativo-preventivas. Además, los estudios mundiales sobre violencia sexual femenina relacionados con el uso y abuso de psicotrópicos en el ofensor, la víctima o ambos, indican que la mujer, comparada con el hombre, se expone mayor número de veces, consolida más repercusiones y, en su manejo, resulta tratada más deficientemente (Goodman, Dutton y Harris, 1995).

Debido a que el número de pacientes con problemas sexuales ligados a la violencia ha aumentado enormemente en las sociedades en los últimos años, se ha hecho necesario elevar la oferta de servicios institucionales; no obstante la diversidad de los recursos implementados, la amplitud de la cobertura es ínfima aún comparada con la demanda real, independientemente de la todavía no descubierta patología psicosexual de muchos casos no reportados, que afectarán más adelante el psiquismo individual y la relación vincular de unos y otros.

Aunque no están claros todavía los alcances de la fisiopatología de la violencia sexual, se ha encontrado ya alguna relación entre las características del abuso sexual y las experiencias disociativas que suelen mostrar las sobrevivientes, por lo que puede concluirse que deben ampliarse y hacerse efectivas las recomendaciones generales de manejo, a fin de mejorar los abordajes clínicos de este grave problema psicosocial, en especial cuando se asocia con el consumo de sustancias en el victimario, la víctima o ambos.

Se sabe que el abuso sexual en la infancia (Begin, Shea, Pearlstein, Simpson y Costello, 1994) se asocia con cierta clase de sintomatología disociativa en la adultez, especialmente en aquellas víctimas que han tenido cinco o seis episodios en su vida, lo que lamentablemente no es tan infrecuente observar bajo la mirada profesional.

Diferentes análisis clínicos y técnicos permiten suponer que tales personas usan la disociación como un mecanismo primario de evasión para apartar de su conciencia los eventos sufridos y, simultáneamente, inhiben el desarrollo de otras maniobras preventivas dirigidas a la evitación de nuevos acontecimientos.

Ello podría ser interpretado como un deseo inconsciente de reiteración de los hechos a modo de castigo y quizá la búsqueda de determinada ganancia secundaria, y no el ilícito como un hecho producido simplemente por el concurso de la fatalidad (Souza, 1999e).

Se ha documentado que cerca de dos tercios de las víctimas que sufrieron la traumática experiencia de la violación sexual cuando adultas mostraron antecedentes de abuso sexual en la infancia (Urquiza y Goolin-Jones, 1994). Aunque cabe señalar que un tercio de las mujeres no victimadas de tal muestra también presentaron antecedentes de abuso sexual infantil, las investigaciones internacionales coinciden en plantear que el abuso sexual infantil o adolescente es un predictor confiable de la victimación o de la agresividad vía abuso sexual en otros momentos de la vida adulta (Lodico, Gruber y DiClemente, 1996). Sin embargo, el trauma de la violencia sexual, como lo demuestran muchos de los casos estudiados, puede además ser acumulativo, es decir, puede presentarse varias veces en la vida de una persona, haciendo una sumación patógena en términos de potenciación de varios eventos.

Por ejemplo, en algunas casuísticas aparece cierta correlación entre la historia de abuso sexual infantil, el asalto sexual y el abuso físico a manos del marido cuando la víctima ya es adulta. Ello, no obstante, no se manifiesta siempre de la misma forma en todas las sobrevivientes que lo han sido en diferentes momentos y formas, pues existe incluso el tipo de víctima que llama la atención con su comportamiento, pues no se conceptúa a sí misma como tal (Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1966; Lyman, Gidycz y Lynn, 1996).

Cabe señalar que las personas que se aceptan como víctimas muestran haber sufrido más intentos de rapto, mayor resistencia a ello y un mayor y más patente rechazo de la situación, independientemente de exhibir mayor número de

síntomas de estrés postraumático que las que no se reconocen como tales. Pero estas últimas muestran mayor cantidad y duración de la sintomatología que los grupos de control.

A partir de ello se plantea la hipótesis psicológica que señala que la participación racional/emotiva de las víctimas en su tragedia representa un papel importante en la exhibición de ciertas manifestaciones clínicas derivadas del suceso traumático.

En el caso del incesto y su impacto en la formación de la identidad femenina, las mujeres estudiadas muestran una distorsión del proceso de identificación y la creación de una imagen idealizada como parte de la estrategia defensivo-adaptativa para combatir las experiencias traumáticas. Lamentablemente, este mecanismo defensivo, que intenta pero no resuelve la situación, causará posteriormente una restricción en la autopercepción y limitará a su vez las relaciones de la sobreviviente con otras personas.

Ello se manifiesta a menudo en forma de malas relaciones interpersonales y como tendencia inconsciente a la revictimación, inhibición y negativismo a identificar y expresar ciertos aspectos personales (Wyatt, Guthrie y Notgrass, 1992).

Otros efectos conocidos de revictimación son los embarazos no deseados y el aborto repetido (provocado). Aquellas personas que refieren haber tenido un episodio de abuso sexual infantil o en la edad adulta, a diferencia de los grupos de control formados por quienes no lo han tenido, muestran historia de múltiples parejas sexuales bajo un supuesto esquema de relaciones breves y contactos coitales con distintas personas, "sin compromiso", es decir, de modo superficial e indiscriminado (Souza, 1996a).

Ello podría observarse por lo menos como un trastorno en las relaciones de pareja motivado por baja autoestima y la toma de riesgos innecesarios como signo de su autodestructividad vengativa, amén de otras conductas concomitantes, como la inaceptación de sí mismas, la búsqueda compulsiva de placer en el consumo compulsivo e indiscriminado de psicotrópicos y ansiedad manifiesta en cuadros floridos, posiblemente como mecanismo para mitigar la depresión concomitante al cuadro postraumático, tal como se observa en los casos de manejo psiquiátrico, psicoterapéutico y, más particularmente, psicoanalítico (Souza, 1996a).

Los estudios de seguimiento a largo plazo muestran que la violencia sexual produce insatisfacción vital, a veces promiscuidad y conductas homosexuales, y especialmente un elevado riesgo para la revictimación. Asimismo son consecuencia las disfunciones sexuales y otros trastornos diversos, como los ligados a la ansiedad.

De hecho la depresión, la ideación y el intento suicida aparecen más a menudo entre la población que ha sido abusada sexualmente que entre la población de pacientes psiquiátricos que no han tenido la experiencia, en una

proporción aproximada de nueve veces (Logan, Cole y Sannon, 2007). Y cabe mencionar que la frecuencia y la duración del abuso, la existencia o no de penetración, el uso de fuerza y la presencia de lesiones, y la estrechez de lazos con el victimario aparecen en distintos estudios como los elementos que determinan mayor daño a las víctimas (Logan, Cole y Sannon, 2007).

Aunque no hay por ahora evidencia científica que demuestre un nexo causal entre la violencia sexual y su síndrome posabuso, muchos autores consideran esta posibilidad, en particular la relación existente entre personalidad múltiple y la fronteriza en uno y otro sexo. Así también, la relación con los acontecimientos traumáticos es aún equívoca, y no se dispone de mayores elementos para afirmar la presencia de un vínculo en términos de causa-efecto, aunque bien puede suponerse su existencia (Allers, Benjack, White y Rousey, 1993).

De ahí que para su manejo sea necesario un enfoque unitario que considere en todo momento el incidente trágico, y no sólo un acto sexual violento; la salvaguarda de la competencia del acto profesional y el establecimiento de criterios para la calidad y desarrollo del mismo (Burgess, 1979). Consecuentemente, el abordaje inicial de la víctima recomienda:

1. dar atención inmediata del daño físico;
2. ofrecer asesoría o supervisión para mitigar o corregir el trauma, no sólo el traumatismo;

CUADRO XV.1. *Intervención en la fase inmediata*

1. Establecer la naturaleza del ataque y la respuesta de la víctima
2. Establecer la relación de la víctima con su agresor
3. Atender los asuntos médicos concomitantes
4. Atender las implicaciones legales y la decisión de presentar cargos
5. Contemplar la posibilidad de una amplia gama de reacciones por parte de la víctima, su familia y amigos, y su seguridad física al regresar a casa

FUENTE: Modificado de González y Rosas, 1997.

3. realizar prevención de enfermedades infecto-contagiosas de transmisión, sexual, ETS;
4. realizar prevención del embarazo;
5. practicar un adecuado examen médico legal aunado a la recabación minuciosa de información, mediante los datos que proporciona la evidencia recolectada por la investigación forense (cuadro XV.1).

La meta psicoterapéutica inmediata se dirige a restablecer en la víctima, tan rápido como sea posible, el anterior nivel de funcionamiento. En el momento de

la intervención en la fase inmediata deben realizarse ciertas consideraciones.

Recuérdese que la intervención durante la crisis facilita la labor que se realice en favor de la resolución del trauma, independientemente de las lesiones físicas que deban someterse a tratamiento, ya que ello disminuirá la posibilidad de que a largo plazo se presenten consecuencias patógenas. Además, la víctima necesita el apoyo emocional proveniente de aquellos individuos con los cuales estará en contacto durante el periodo crítico, sin descuidar el hecho de que la violación igualmente representa una crisis para los familiares y amigos cercanos, quienes pueden también requerir apoyo emocional (Nadelson, 1994).

Los objetivos del tratamiento se dirigen a la validación del trauma —no de su "olvido"— y sus efectos a través de la recuperación y revivenciación de las experiencias pasadas, lo cual se estima indispensable. Se espera, además, que se dirijan esfuerzos al análisis de la estructura de carácter, especialmente a los mecanismos que ha desarrollado la persona para contender con situaciones estresantes, que devienen fundamentales para el desarrollo del manejo de la condición presente y de la posible reincidencia de experiencias traumáticas y de abuso, para su prevención inmediata y posterior (Allers, Benjack, White y Rousey, 1993).

El logro de una estructura de personalidad más cohesiva será posible sólo cuando se haya alcanzado la sensación del sentido de integración. Ello implica, teóricamente hablando, la resolución de los traumas infantiles y la comprensión y aceptación de su efecto sobre la identidad, por un lado, y el desarrollo de la estructura del carácter (Price, 1993), por el otro, lo cual posibilita el abordaje en dos etapas, una primera destinada al análisis, evocación y reivindicación de lo ocurrido, y la segunda dirigida a entender cuál ha sido el resultado de todo ello sobre la persona.

A partir de allí se faculta el manejo preventivo que implica la dificultad y el reto del cambio y que es en todo momento —de lograrse— un éxito del paciente. Su fracaso, en cambio, representa una frustración compartida (Hoon y Hoon, 1978).

En relación con el agresor que instrumenta la condición del ilícito, es pertinente destacar que las estadísticas sobre la reincidencia delictiva de problemas sexuales señalan al abusador como un individuo agresivo, peligroso y reiteradamente delictivo (Dalton y Keller, 1996). Se ha documentado que los agresores infantiles, mientras más violentos son, tienen en su evolución mayor índice de recidivas (Kirsch y Becker, 2007) en comparación con los raptores y transgresores de menor violencia (Bell y Vila, 1996).

La discriminación de los abusadores y sus delitos indica que algunos individuos pueden considerarse "típicos de sadismo sexual", mientras que otros cometen ilícitos realizables por cualquiera. Por ejemplo, las lesiones requeridas para matar a una persona indican que, al sobrepasar sus límites, se tipifican condiciones exageradas que identifican a los individuos como altamente

violentos, tal como ocurre en los casos de algunos crímenes "célebres" producidos por y contra personas de orientación homosexual (Bell y Vila, 1996).

Entre las características de personalidad que facilitan la victimación femenina se destaca la sumisión como el factor que permite su explotación y promueve un tipo de relación que incita al transgresor y lo seduce para actuar (Richards, Rollerson y Phillips, 1991). El estudio de tales casos, por ello, intenta clarificar y conocer "el perfil psicosocial" del delincuente sexual, para integrarlo a una clasificación diagnóstica de utilidad terapéutica, rehabilitatoria y preventiva, y a menudo se observa que se encuentra vinculado con consumo de sustancias legales e ilegales, solas o en combinación, y en distinta cuantía (Mezey, 1985).

Sin embargo, aunque se han realizado muchos intentos, no se han podido tipificar hasta ahora las características que se responsabilicen prospectivamente de tales conductas. Los estudios realizados han aglutinado modelos o rasgos gruesos de los ilícitos y sus autores en función de ciertas conductas (Ecker, Katchis y Donovan, 1991; Urbaniok, Endrass, Rossegger y Noll, 2007), lo cual no necesariamente posibilita el juicio pronóstico.

De hecho, los indicios detectados por electroencefalografía, tomografía axial computarizada y otros estudios especializados descubren alteraciones en los agresores violentos, aunque éstas son todavía inespecíficas y no permiten explicar, desde el punto de vista de la alteración estructural, el psiquismo responsable que caracterice tales conductas (Wong, Lumsden, Fenton y Fenwick, 1994).

Paralelamente, no debe olvidarse que la violencia es proteiforme y ocurre incluso en el seno de la familia (Ter Braak, 1992), de modo que, bajo ciertas condiciones, es importante considerar el vínculo establecido entre la conducta antisocial y los delitos sexuales (Harvey, Rawson y Obert, 1994), en los que con regular frecuencia coexiste consumo de psicotrópicos, especialmente alcohol (Ranieri, 1995; Beckman y Ackerman, 1995; Arbuckle, Olson, Howard, Brillman, Anctil y Sklar, 1996; ACO&G, 1996), y cuyas víctimas habituales son las personas más desprotegidas de la sociedad (Andreev, Bykhovskaia, Bogdanova y Kossovoi, 1995; C. R. Rodríguez, 1997).

El carácter innegable de la demanda de tratamiento para los ofensores ha crecido considerablemente en los últimos decenios, merced al incremento de sus delitos y a las denuncias médico-psicológicas y sociolegales. Los aspectos de manejo de los transgresores requieren una adecuada valoración clínica para su tipificación, ya que no se cuenta con una clasificación nosológica específica ni existe como tal, en los manuales de clasificación (fuera de la paidofilia), el título de "violador" y sus equivalentes conductuales.

Por ello es imprescindible que las actividades de valoración destinadas al tratamiento se realicen pertinentemente en forma completa. Al efecto se recomienda:

1. Una adecuada apreciación nosológica para establecer las metas del tratamiento en función de la entidad psiquiátrica del caso, toda vez que el delito sexual puede ser conceptualizado desde diferentes ángulos, y por ello existe una diversa tipificación de delitos ligados a la violencia. En tal sentido, se estima que dicha nosología debe tener carácter internacional a efecto de realizar comparaciones bioestadísticas.
2. La experiencia de manejo en tales individuos señala que pueden categorizarse en tres tipos de infractores:
   a) los que tienen personalidad psicopática o cursan con cuadros psicóticos, y que no se espera respondan completamente al tratamiento;
   b) los que muestran poco o ningún dominio de sus impulsos, y que por lo tanto deben ser tratados como pacientes internos o de custodia;
   c) los transgresores que muestran suficiente autocontrol o que pueden ser controlados por medio de un plan terapéutico como pacientes externos o ambulatorios.
3. Cuando se sospeche alguna enfermedad que requiere tratamiento específico, como los trastornos neurológicos, cardiopáticos, adictivos, etc., se recomienda que se haga más cuidadosamente la exploración física completa de rutina.
4. De surgir algún trastorno en la exploración psiquiátrica, éste deberá ser atendido con prioridad a la conducta delictiva, parafílica o no, debido a que puede ser su etiología (C. R. Rodríguez, 1997).

Cuando el paciente requiere algún tipo de medicación se le deberá suministrar información —como a cualquier otro paciente— acerca de los beneficios y efectos secundarios esperables. A efecto de esquematizar *grosso modo* la estrategia de manejo de tales pacientes, hay que considerar que:

1. El tratamiento deberá ser diseñado con el propósito de mejorar la calidad de vida, y es imprescindible que se suministre bajo los esquemas de trato humano, respetuoso y adecuado, lo cual influirá decisivamente en la prevención de la reincidencia delictiva.
2. La terapia seleccionada, al ser de elección propia, podrá funcionar más adecuadamente que si es impuesta, sobre todo al considerar que muchos de tales pacientes son portadores de rasgos patógenos en su conducta agresiva.
3. El paciente portador de un trastorno neuropsiquiátrico deberá recibir el manejo para su padecimiento antes de iniciar un proceso psicoterapéutico.
4. La experiencia señala que el tratamiento farmacológico, cuando está bien indicado, disminuye considerablemente los deseos y fantasías que llevan a la actuación de la conducta delictiva.
5. Algunas de las aproximaciones más efectivas demostradas hasta ahora se basan en técnicas cognitivo-conductuales, en las que se incluye el aumento de

empatía con la víctima, el control de los impulsos destructivos y la prevención de la recaída.
6. Es muy conveniente aplicar instrumentos de evaluación clínica y estadística especialmente diseñados para tales casos, de modo lo más homogéneo posible, a fin de realizar comparaciones clínicas prospectivas.
7. El manejo de los pacientes transgresores incluye una expectativa social imperativa de la modificación conductual, que como norma debe enfocar, paralelamente, la eliminación delictiva.

Como el tratamiento de la violencia sexual es en muchos de los casos una alternativa contra la persecución judicial, se prioriza en su manejo —especialmente si se trata de los casos más graves y reiterativos— la combinación de medicamentos y terapia psicológica (Ahrens, 1991; Weinberger, Sreenivasam, Garrick y Osran, 2005). Se recomienda como una vía de control la administración de hormonas, junto con los fármacos correspondientes a la entidad nosológica que exista (antipsicóticos, antidepresivos o anticomiciales) y la psicoterapia grupal y/o individual a largo plazo.

Se usan también abordajes más radicales, como los quirúrgicos, del tipo de la castración farmacológica (Weinberger, Sreenivasam, Garrick y Osran, 2005), y la irradiación unilateral sobre la circunvolución del cíngulo, como medidas correctivas contra la reiteración criminal (Brown, 1995). Por lo que toca al manejo psicoterapéutico, éste no siempre puede realizarse debido a las características de los agresores. En términos generales, sus requisitos son:

1. Habilidad para socializar y contar con cierta capacidad de tolerancia a la frustración.
2. Una vez establecido el conflicto circunscrito se insta a su verbalización, para validarlo a título de "experiencia vivencial".
3. Se investigan específicamente aquellos factores que pueden inducir o mantener el círculo de la recaída y su consecuente estrategia destinada al manejo preventivo.
4. Se trata también de identificar las distorsiones cognoscitivas para sustituirlas por otras más funcionales.
5. Lo más importante del manejo, y lo más difícil de lograr, por cierto, es mover al paciente a generar empatía con la víctima. Para ello es importante hacer participar la libertad condicional del convicto como herramienta del manejo, mediante la cual se aumenten el interés y la participación individual. Lamentablemente muchos manejos destinados a estos delincuentes no están conceptualizados en términos científicos, y en su diseño no se recurre a instancias profesionales, de ahí que las evaluaciones no sean posibles y que la comparación entre un modelo y otro en los distintos países sea una meta necesaria a corto plazo (Quadrio, 1998).

6. Además, el uso de métodos psicológicos y la asignación de psicoterapia, dadas las características de la distorsión implicadas en el conflicto intrapsíquico de estas personas, tampoco debe considerarse como una herramienta que garantice la eliminación de su reincidencia (Hanson y Gidycs, 1993), pues si bien estos individuos alcanzan a producir cierto cambio en la orientación de la personalidad, no logran lo mismo en el ámbito de su estructura caracterológica (Hanson, Steffy y Gauthier, 1993).

Por último —y ello explica por qué se incluye este problema en el presente capítulo—, en la actualidad muchos estudios coinciden en asociar la violencia, en especial la de tipo sexual, con las adicciones (Moncrieff, 1994; Millner y Gold, 1994; Millner, Maguin y Downs, 1997; Vereen, comunicación personal, 1997), de modo que la situación se hace más compleja y se multiplica, ya que los efectos producidos sobre la experiencia subjetiva en el consumidor se ligan íntimamente a la motivación del consumo, y a la vez son mecanismos reforzadores de la permanencia adictiva (Newling, 1997) y origen de su comorbilidad (Brown-Peterside, Ren, Chiasson y Koblin, 2002; Brady, Castro y Lydiard, 1991; Brady, 1997).

En consecuencia, las barreras a la educación y en contra de una adecuada prevención de las enfermedades de transmisión sexual, particularmente del VIH, en las víctimas de violencia sexual infantil, están dadas precisamente por los síntomas que se derivan de su condición traumática, tales como depresión crónica, consumo de psicotrópicos, venganza consciente o inconsciente, compulsividad sexual y revictimación (Brown-Peterside, Ren, Chiasson y Koblin, 2002; Souza, 1999g; Souza, 1999b).

Mientras la sociedad no cuente con una actitud realista y positiva para la enseñanza de la sexualidad sana y la patológica, y los modelos para su abordaje continúen mostrando tan amplias contradicciones, la violencia sexual, que representa el punto de confluencia de la psicopatología, la ignorancia que rige la interpretación subjetiva de los fenómenos psicosexuales y los mitos en torno a ella, seguirá ejerciendo su trágica presencia en la comunidad.

Por otra parte, la violencia, en sus modalidades de acoso, abuso sexual o violación, representa un grupo de las conductas patógenas frecuentemente mostradas en la atención de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas en su calidad de comorbilidad (Souza, 1999g).

Se trata de un fenómeno que bordea las conductas de los consumidores y se relaciona con las manifestaciones de la violencia y la agresividad humanas, que, por sus características, se entrelazan con la vida sexual de los pacientes, impactando sus relaciones afectivas y su desarrollo psicosocial (Souza, 1999g; Souza, 1999b; Souza, 1988b).

Se ha documentado una serie de situaciones asociadas con las conductas sexuales. Por ejemplo, se sabe de la presencia de ciertos elementos que

constituyen una tríada, abordada desde la perspectiva de la salud: agente, huésped y ambiente, que explican la participación de circunstancias y el triunfo o fracaso de la patología (Souza, 1998a).

Es importante hacer notar, en la vertiente psicológica que nos acerca a la comprensión dinámica de las adicciones, las conductas violentas y las manifestaciones de la sexualidad de los pacientes, con el propósito informativo-preventivo de ofrecer adecuada canalización a las diferentes alternativas de atención de dichos trastornos y sus implicaciones comórbidas (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Souza, 2001a; Souza, 1986b).

Dentro de la perspectiva de este abordaje se configura una descripción de la violencia como: "El uso de la fuerza de una de las partes o de ambas, en la resolución de un conflicto".

Ello implica la destructividad resultante de la agresión física, verbal y psicológica ligada a una emocionalidad determinada, comportamiento que puede ejercerse por igual contra personas, animales o entorno ambiental (Fromm, 1989).

Por lo tanto, la violencia no sólo implica un conflicto y un dominio contra el otro; también representa ciertas modalidades que están relacionadas con las conductas sexuales, las cuales se han estudiado en sus diferentes manifestaciones, ya que logran repercutir en distintos campos de la vida del individuo afectado (Souza, 2000g; Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison, 1994; Parlavecchio y Gattoni, 1993; Weaver y Clum, 1996).

Estudios nacionales (Alvarado, Moysen y Martínez, 1998; De la Garza, Aguilar y Díaz-Michel, 1997; Díaz-Michel, De la Garza y Jiménez, 1993; González, Azaola, Duarte y Lemus, 1993; González, Rosas y Meléndez, 1997; González y Rosas, 1997; Ramos, 1997; Ramos, Saldívar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro, 1998; Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997; Vidrio, 1991) e internacionales (AAP, 1997; Beech, Ward y Fisher, 1993; Browne, 1993; Widom y Kuhns, 1996; Becker, Kaplan, Tenke y Tartaglini, 1991; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Mazza y Dennerstein, 1996; Mazza, Dennerstein y Ryan, 1996) confirman que entre los problemas asociados con las conductas de consumo abusivo o adicción a psicotrópicos —ya sea comórbidas o derivadas de aquéllas— destaca la violencia sexual como un fenómeno de multifacético origen y variadas consecuencias, esencialmente caracterizado por su destructividad (Sorenson y Saftlas, 1994; Burgess, Hartman, Grant, Clover, Snyder y King, 1991; Finkelhor, Moore, Hamby y Straus, 1997; Casco y Natera, 1993; Hoff, 1994; Huerta, 1998).

A pesar de que la violencia sexual constituye una grave patología psicosocial de intrincado abordaje y difícil solución, y que representa, por su extensión epidemiológica, severas repercusiones y un problema de salud pública, en la actualidad su alarmante presencia aún no logra movilizar en forma organizada a los profesionales de la salud ni a la sociedad misma, más allá del estado atónito de la contemplación de su impacto, para constituir una estrategia de acciones en

su contra (Kermani y Castaneda, 1996; Romero, Gómez y Medina-Mora, 1996; Green, 1995).

Dicha condición amerita todos los esfuerzos y recursos de la sociedad, y de modo especial del profesional de la salud, para comprender su naturaleza e implementar acciones efectivas en su detección, terapéutica y rehabilitación, y —especialmente debido a sus alcances psíquicos imperecederos— en su prevención (Peters, Maltzman y Viollene, 1996; Souza y Rochín, 1999).

En primera instancia debe considerarse el abuso sexual en la infancia o adolescencia, el cual es un antecedente mórbido frecuente, susceptible de recogerse, por anamnesis clínica regular, en cualquier servicio asistencial que atienda a pacientes abusadores o adictos (Souza y Rochín, 1999; Alpert, 1994; Green, 1994).

Esta experiencia, a su vez, los torna proclives a la "reedición" del evento violento, ya sea como agresores o como víctimas, en la etapa adulta. De hecho, se estima que más de 50% de las mujeres que padecen adicción etílica refieren haber sufrido abuso sexual en su infancia (Deutsch, 1991; Lane, Hull y Foehrenbach, 1991; Ornduff, Freedenfeld, Kelsey y Critelli, 1994; Blume, 1990; Zalce, 1980; Finkelor, 1980; Harvey, Rawson y Obert, 1994; Davis, Norris, George, Martell y Heiman, 2006; Price, 1993). Dichos hallazgos, sumados a la regularidad de la presencia del consumo de psicotrópicos —en el agresor, la víctima o ambos— al momento de efectuar o sufrir el ataque sexual, indican la necesidad de una mayor profundidad en el conocimiento de los factores participantes en el suceso (Berliner, 1995; Casco, 1992; Casco y Natera, 1990; Padgett y Struening, 1992; Teets, 1997).

Los primeros postulados derivados del conocimiento psicoanalítico en relación con las adicciones subrayaron la participación de las pulsiones en los rasgos primitivos de carácter, que facilitan una estructura oral pasiva correlacionada con el consumo de psicotrópicos. Posteriormente se estimó que la mayoría de las disfunciones psicológicas observadas, más que representar el origen del problema, podrían ser resultado del abuso o la adicción a sustancias y el comportamiento asociado (Lane, Hull y Foehrenbach, 1991; Ornduff, Freedenfeld, Kelsey y Critelli, 1994; Blume, 1990; Zalce, 1980; Finkelor, 1980).

No obstante, las consecuencias de dicho consumo sobre la organización de la personalidad hacen que algunos autores destaquen la participación de factores que contribuyen a una adaptación *negativa,* con lo que se ven afectados la experiencia y regulación de los afectos, las relaciones interpersonales, la autoestima, *el* juicio, *el* comportamiento y la capacidad para enfrentar el estrés.

Tal perspectiva señala una vulnerabilidad caracterológica que subyace al consumo de psicotrópicos, vista como incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos al anticiparse al peligro o para utilizar las señales afectivas a fin de activar los mecanismos de defensa.

Esta condición mórbida hace referencia, a la par, a una escasa autoestima con una fuerte protección narcisista, aunada a una igualmente escasa introyección de imágenes objetales (Lane, Hull y Foehrenbach, 1991; Ornduff, Freedenfeld, Kelsey y Critelli, 1994; Blume, 1990; Zalce, 1980; Finkelor, 1980).

Por otro lado, muestra alteraciones del pensamiento y el juicio, que sugieren inmadurez de la personalidad, que facilita el uso de mecanismos de adaptación y defensa esencialmente rígidos, conducentes a una deficiente capacidad para el autocuidado (Berliner, 1995; Casco, 1992). Además, tal condición explica que la administración de psicotrópicos en su calidad de *objeto fetiche* se inicie a menudo durante una crisis severa, en la cual las capacidades adaptativas se encuentran alteradas, en tanto aumenta la vulnerabilidad narcisista.

Pero si el usuario interpreta la condición mórbida de su consumo como una ventaja o "beneficio adaptativo", podrá entonces caer en un consumo continuo, a pesar de que tal beneficio derive en realidad en una trampa: círculo vicioso de consumo-efecto-consumo que atrapa al usuario en sí mismo y por su propia mano.

La dependencia de los psicotrópicos puede presentarse como una manifestación regresiva dentro de un aparente "funcionamiento normal", una vez que se ha perdido la dimensión del problema por la asunción de una falsa realidad, que elimina el estado referencial de la salud y lo saludable (Lane, Hull y Foehrenbach, 1991; Ornduff, Freedenfeld, Kelsey y Critelli, 1994).

En este contexto se podría aceptar con cautela la generalización que afirma que los adictos son personas que utilizan su adicción como "instrumento para contender con afectos primitivos, indiferenciados, preverbales y abrumadores". No obstante, no se podría decir que todos ellos son, por igual, personas temerosas e incapaces de experimentar los efectos intensos provenientes de sus emociones (o que, en caso de serlo, lo serán de modo variable), habida cuenta de que tales temores llevan a la necesidad de suprimir la manifestación emotiva normal y ello los convierte teóricamente en alexitímicos (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

Investigaciones realizadas entre delincuentes sexuales procesados han mostrado sistemáticamente que el alcohol u otros psicotrópicos, solos o en combinación, muestran una conexión consistente con los patrones de abuso sexual. Y si bien tal consumo no puede considerarse una regla general, ni es elemento de ocurrencia indispensable, dado lo versátil del fenómeno, puede suponerse que sea, por lo menos, un factor facilitador de violencia, y no sólo una concomitancia, pues podría contribuir a su presencia y variedad de formas.

Así, por ejemplo, el estudio del entorno familiar aporta hallazgos significativos que vinculan la violencia al consumo etílico, especialmente en el incesto padre-hija, circunstancia en la que se encuentran documentados diversos grados de incapacidad para el ejercicio del papel parental por parte de la madre (Teets, 1997; Theido, 1995).

El abuso sexual se relaciona además con un porcentaje elevado de consumidores de sustancias que fueron victimados en la infancia, estableciéndose así la reiteración de la hetero-autoagresividad que perpetúa la circularidad de la violencia (Cooke, 1991; Fine y Carnevale, 1985; Nesvold, 1994).

Otra evidencia de la relación entre adicciones y violencia sexual es el frecuente reporte de ésta en los antecedentes heredofamiliares de los pacientes adictos, lo que describe la característica intergeneracional del problema (Stoller, 1991; Luthar y Walsh, 1995).

De entre las consecuencias inmediatas a la experiencia traumática las más comunes son el miedo al daño y/o la muerte, ansiedad y depresión. A largo plazo por lo menos 20% de las víctimas de abuso sexual exhiben somatización, desajustes sexuales, baja autoestima, depresión, abuso/adicción de psicotrópicos, confusión de la identidad sexual y contagio por VIH (Messer, Clark y Martin, 1996; Steinhausen, 1995; Savin-Williams, 1994; Astin, Ogland, Hand, Coleman y Foy, 1995; Freud, 1996; Jarvis y Copeland, 1997; Yellowlees y Kaushik, 1994; Allers, Benjack, White y Rousey, 1993; Bagley, Wood y Young, 1994; Stein, Newcomb y Bentler, 1994; Simkin, 1995; Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz, Gordon y Mayer, 1991; Green y Kaplan, 1994; Scaaf y McCanne, 1998; Lisak, Hopper y Song, 1996; Hillman, O'Mara, Tomlinson y Harris, 1991) (cuadro XV.2).

En algunas mujeres se reporta la presencia de trastorno por estrés postraumático (TEPT), ideación e intentos suicidas, dependencia etílica y de otras sustancias, revictimación sexual y maltrato por parte de la pareja, miedo al éxito y restricción de las habilidades sociales (Wyatt, Guthrie y Notgrass, 1999; Cole, 1992; Rice, 1994; Rodríguez, Ryan, Van de Kemp y Foy, 1997).

CUADRO XV.2. *Aspectos terapéuticos de violencia sexual*

- Atención inmediata al daño físico, asesoría y/o terapia para mitigar y/o corregir el trauma/traumatismo
- Prevención de enfermedades transmitidas sexualmente (VIH/sida)
- Prevención de embarazo
- Adecuado examen médico-legal
- No compete al médico decidir si la víctima "realmente" ha sido violada o no
- El hecho esencial es el que la víctima se percibe a sí misma ultrajada
- El tratamiento hospitalario debe ser facilitado por un equipo de tratamiento (médico, enfermera y terapeuta)

FUENTE: Modificado de Hampton, 1996.

Y cabe destacar que entre las víctimas femeninas de incesto, las mujeres alcohólicas muestran que existían malas relaciones entre sus padres, dificultades sexuales, sentimientos de culpa e inicio en el consumo de alcohol desde edad muy temprana (Roesler, 1994; Bohn y Holz, 1996), por lo que se estima que dicho antecedente puede relacionarse con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo a la salud, poca capacidad para discriminar las señales de peligro, e incluso dificultad para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso, debido a la debilidad personal y relacional creada a partir de la experiencia traumática (Boney y Finkelhor, 1995; Cole, Logan y Shannon, 2007). De modo que los abusos sexuales pueden llevar al alcoholismo, así como a otras adicciones, como mecanismo para confrontar el suceso, por lo que desde esta perspectiva el consumo de psicotrópicos debe considerarse a la vez antecedente y consecuencia.

Otras secuelas involucran riesgos a la salud sexual, como las tendencias a realizar prácticas sexuales sin protección y a la revictimación —expresada como agresión/ira del victimario— en la etapa adulta, así como un mayor riesgo de involucrarse en prácticas de prostitución y otras conductas antisociales, las cuales constituyen un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante las etapas de la adolescencia y la adultez (Bear y Dimock, 1988; Hoon y Hoon, 1978; Richards, Rollerson y Phillips, 1991; Eckert, Katchis y Donovan, 1991; Rambow, Adkinson, Frost y Peterson, 1992; Souza, 2000a; Goodman, Dutton y Harris, 1995; Ranieri, 1995; Beckman y Ackerman, 1995).

Algunas de las premisas que ayudan a entender la psicodinamia para el despliegue de los impulsos agresivos en cualquiera de sus formas, aplicadas a los problemas de abuso sexual o al consumo de sustancias, son, a modo de hipótesis, las siguientes:

1. El paciente abusador/adicto a psicotrópicos presenta un conflicto en el que el instinto tanático (de muerte) tiene primacía sobre el erótico, estableciendo un proceso de autodestrucción a través de la mitificación de un objeto parcial investido de intensos afectos ambivalentes y depositado en las sustancias de abuso, a un lado de la vertiente simbólica que ello representa (Beckman y Ackerman, 1995).
2. El abusador/adicto que incurre en conductas de abuso sexual despliega el impulso agresivo contra sí mismo y el mundo externo, y podría además manifestar la existencia de una fijación libidinal en la etapa sádico-anal, en la cual la destrucción de la integridad yoica del otro no importa frente al impulso de dominio del objeto. Esto es especialmente frecuente en aquellos casos en los que a su vez han sido víctimas de abuso sexual infantil, lo que conforma antecedentes patológicos tanto en víctimas y victimarios como en abusadores y adictos a psicotrópicos (Ranieri, 1995; Beckman y Ackerman, 1995) (cuadro XV.3).

En consecuencia, es factible esperar que en los pacientes adictos ofensores sexuales existan defectos en la estructura superyoica que favorezcan un funcionamiento yoico débil, manifiesto en actuaciones depresivas o sociopáticas que inducen, a su vez, al desarrollo de trastornos adictivos o a la aparición de conductas de abuso sexual (Andreev, Bykhovskaia, Bogdanova y Kossovoi, 1995).

Desde esta perspectiva se estima que el paciente adicto aparece atrapado por su mundo interno, inundado de conflictos derivados de la ambivalencia y la antítesis del placer. Tales conflictos, expresados por una parte en la relación que establece con la sustancia adictiva, y por otra en la búsqueda de placer narcisista, terminan por generar su propia destrucción, bajo la primacía del instinto fanático.

Este impulso puede, asimismo, manifestarse en las relaciones con el mundo exterior (objeto), en forma de una aparente búsqueda de "gratificación sexual", a través de la irrupción en los espacios yoicos más íntimos del otro, en los casos de violencia sexual, expresando así una profunda incapacidad para establecer vínculos interpersonales maduros, dado que ambas condiciones traducen una relación especular entre la auto y la heteroagresividad (Souza, 1999b; Souza y Rochín, 1999).

CUADRO XV.3. *Manejo psicológico de las víctimas*

- Reorganizar la estructura y control de los límites yoicos
- Recuperar el control de los límites corporales
- Reorganizar la autoimagen
- Disminuir la afectación sufrida en el autoconcepto
- Disminuir la culpabilidad sentida
- Favorecer la recuperación y el mantenimiento funcional del entorno familiar
- Adecuado uso de la red social
- Orientación médica apropiada
- Orientación jurídica necesaria

FUENTE: Modificado de González y Rosas, 1997.

Por otra parte, merece atención especial la revictimación de los pacientes y la reincidencia en la comisión de los abusos, pues la fatalidad no es factor suficiente para explicar la reiteración victimaria, especialmente cuando la teoría victimológica ha documentado con distintos propósitos, en los últimos decenios, la eficaz participación de tendencias psíquicas inconscientes entre víctima y victimario (Souza y Rochín, 1999).

En torno de ello hemos de analizar varias cuestiones. ¿Qué papel desempeñan los impulsos autoagresivos? ¿Cómo operan en los casos de víctimas que han padecido en varias ocasiones el trauma del abuso físico y/o sexual?

Se sabe que algunas pacientes viven el evento de varias maneras y en varias ocasiones —hasta 3.2 veces en promedio—, en el curso de su vida (Urquiza y Goolin-Jones, 1994; Wyatt, Guthrie y Notgrass, 1992; Cole, 1992). Y considerando la participación —a distintos niveles— de la víctima en su tragedia como esencial para explicar dicha reiteración, se inquiere qué mecanismo opera en los perpetradores que, tras haber sido víctimas infantiles de abuso, pero habiendo vivido la experiencia de repudio social y/o encarcelamiento, repiten su conducta delictiva como venganza sobre otros.

En las personas involucradas en la revictimación, ya como agresores o víctimas —que para el caso de la expresión de tendencias autodestructivas y venganza inconsciente, aun cuando se consideren sus diferencias, podrían formar una única y misma categoría—, es pertinente considerar un posible vínculo entre la experiencia de abuso y el estilo de vida.

Éste puede ser expresado a través de la tendencia, no siempre clara para el sujeto, *dada su condición inconsciente,* de exponerse a circunstancias que constituyen factores de riesgo para su seguridad y bienestar personal, como en el caso del abuso o la adicción a psicotrópicos (Souza, 1999g).

Esta peculiar y frecuente condición que reúne ambas circunstancias se refiere a la expresión de malestar personal de impulsos auto/heterodestructivos, cuya patente ambivalencia, mostrada en actuaciones agresivas, expone la condición recíproca entre los participantes.

No obstante la opinión social prevaleciente respecto de la condición de la víctima, la aseveración de que la mujer tiene participación en su abuso sexual —a delimitar— y, en consecuencia, alguna responsabilidad parte del conocimiento profesional respecto a la aparición frecuente de fantasías de violación en la memoria onírica que los sueños repetidos proveen, versión multivariada de uno de los sueños que más se citan en la bibliografía psicoanalítica de tipo sexual, asociado generalmente con forcejeo, intimidación o, por lo menos, con la imposibilidad de evitar las maniobras copulatorias del ofensor (Souza, 1999e).

En dichos sueños el contenido suele incluso desagradar al o la soñante, si bien también puede cursar con cierto grado de aceptación por parte de quien lo experimenta, en tanto una “realidad” poco modificable durante el sueño.

Esta opinión se asocia también con las fantasías masturbatorias regulares y las experiencias que voluntariamente las personas provocan, ya para su excitación individual o para el goce con su(s) pareja(s).

Sin embargo, y no obstante lo dicho, la verdadera violación siempre será distinta de una fantasía (Souza, 1999e).

Psicodinámicamente no es difícil entender que una persona se sienta culpable —cuando tal sea el caso— de haber experimentado en algún momento

fantasías de hostigamiento o abuso sexual, y pueda llegar incluso a autoacusarse, distorsionando inconscientemente el suceso y complicando el análisis del caso, especialmente cuando en el curso del mismo se llegara a sentir excitación gratificante y por ello se derivara algún sentimiento ambivalente acerca del acto (Souza, 1999e).

Es entonces que cabe preguntarse si tal participación —variable en cada caso — y su ambivalencia darían responsabilidad. Y, de ser así, cuál sería ésta. Otras secuelas de la violencia sexual producidas a corto plazo son la insatisfacción sexual, la promiscuidad resultante, las experiencias homosexuales aisladas o sistemáticas y, en particular, un incrementado riesgo para la revictimación (Souza, 1999b).

Asimismo, la depresión y la ideación suicida aparecen con más frecuencia entre la población abusada sexualmente que entre la población de pacientes psiquiátricos que no han tenido tal experiencia.

En tal sentido, cabe señalar que la frecuencia y la duración del abuso, la existencia o no de penetración, la presencia de fuerza y la cercanía con el victimario aparecen, en estudios mundiales, como los elementos que pueden dañar más a las víctimas (cuadros XV.4 y XV.5).

CUADRO XV.4. *Prevención del embarazo*

- Uso de píldora anticonceptiva poscoital
- Legrado uterino en las primeras dos (máximo cuatro) semanas del episodio, de no aparecer el sangrado menstrual
- Aborto terapéutico (comité hospitalario)
- Aplicación de dispositivo intrauterino
- Difosfato de dietiletilbestrol (50 mg stat v. o. 5 días; 25 mg 2 veces/día 5 días)
- Etinilestradiol (0. 05 mg) combinado con norgestrel (0. 5 mg) 2 tabs. stat más 2 tabs. tras 12 horas del incidente.
- Monitoreo de posible infección VIH/sida

FUENTE: Modificado de Hayman y Lanza, 1991; Hampton, 1995; Adshead, 1996.

A largo plazo suele presentarse revictimación, independientemente de las disfunciones sexuales, depresión y trastornos como la ansiedad y el temor a la relación interpersonal, e incluso el agravamiento de los trastornos por consumo de sustancias en su modalidad de dependencia.

Lo anterior bien podría interpretarse como un trastorno sobre la relación de pareja motivado por la presencia de una autoestima deficiente y la toma de riesgos innecesarios, tales como una conducta de autodestructividad vengativa, además de otras que se relacionan con la no aceptación de sí mismo y la búsqueda de placer en el consumo indiscriminado de psicotrópicos, todo ello

para mitigar los malestares de la depresión y la ansiedad concomitantes en el cuadro postraumático, tal como se observa en el manejo psiquiátrico y psicodinámico de los casos (cuadro XV.6).

En cuanto al tratamiento, se debe señalar que es pieza capital la realización de un apropiado manejo de la condición, mediante una actividad profesional breve, intensa y eficaz, la cual suele dividirse en dos tiempos: *1)* la formulación de arreglos para hacer una protección inmediata, y *2)* la protección posterior de las víctimas.

CUADRO XV.5. *Consideraciones para el manejo de casos*

- Nunca examinar pacientes sin su consentimiento
- Realizar todo examen en presencia de una persona del sexo femenino
- Indispensables las labores de enlace, para el manejo a largo plazo
- La exploración ginecológica, aunque imprescindible, es delicada, pues la víctima puede percibirla como una segunda violación
- En consecuencia el manejo debe ser cuidadoso, comprensivo y de confianza
- Restringido uso de sedantes-ansiolíticos a víctimas extremadamente alteradas
- Consulta obligada de seguimiento (3-6 semanas)
- Cultivo cervical-antibióticos, prueba de embarazo
- Sugerir denuncia y protección (especialmente en menores de edad)
- Notificar a centros de protección
- La atención a corto y largo plazo influye en el pronóstico
- Es difícil predecir necesidades de la víctima; sin embargo es fundamental la atención a la seguridad personal de forma inmediata
- Promover la expresión de sentimientos
- Evitar todo tipo de coerción y descalificación ante la negativa a reportar el delito
- Exista o no denuncia, el personal debe recolectar evidencias y recabar información
- Terapia de intervención en crisis, debido al impacto del suceso en todas las esferas de la vida del paciente
- Meta terapéutica: favorecer el nivel previo de funcionamiento yoico

FUENTE: Modificado de Hayman y Lanza, 1991; Hampton, 1995; Adshead, 1996.

Algunos casos suelen iniciarse a través de intervenciones certeras y apropiadas bajo el esquema de atención psicoterapéutica del modelo denominado *intervención en crisis*, cuya flexibilidad y cobertura son suficientemente amplias y adecuadas para alcanzar simultáneamente las metas del manejo psicofísico inmediato, a través de la asignación de contención, comprensión y empatía a las víctimas —lo cual es determinante para la canalización posterior a otros ambientes protectores, como por ejemplo casas de

medio camino u hospitales de día o equivalentes— para continuar el manejo psicoterapéutico por indicación, a largo plazo, bajo la cobertura institucional o privada, según sean los recursos de las víctimas (cuadro XV.7).

Al respecto cabe indicar que la metodología para dilucidar los casos es compleja y el logro de los resultados satisfactorios e inmediatos es difícil, pues por un lado se debe saber identificar al ofensor y por otro reconocer si la víctima se asume como tal y dice la verdad; ninguna de ambas cosas es sencilla (Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1966; Beech, Ward y Fisher, 1993).

CUADRO XV.6. *Consideraciones de manejo: Fase inmediata*

- Atender cuestiones médico-forenses y administrativas
- Conocer la naturaleza del ataque y respuesta de la víctima
- Establecer la relación de la víctima con el agresor
- Dar curso a los asuntos legales incluyendo la decisión de presentar cargos
- Contener la reactividad de víctima, familiares y amigos
- Cuidar de la seguridad física al regresar a casa
- Principales postulados terapéuticos en víctimas de violencia sexual:
  - Intervención en crisis para facilitar la resolución del trauma y disminuir el riesgo de consecuencias patológicas más graves
  - Apoyo emocional a la víctima por parte de aquellas personas con las que se relacione durante la crisis
  - La violación es una crisis para familiares y amigos, por lo que pueden llegar a necesitar apoyo especializado

  En la evaluación inicial de la víctima se deberá establecer su capacidad previa al ajuste, tolerancia al estrés y recursos adaptativos
  - Tratar de involucrar a las personas a quienes la víctima considere de ayuda
  - Indagar sobre traumas anteriores y las respuestas a éstos, ya que la víctima puede desplazar su ira hacia quienes traten de ayudarla, y quienes se preocupan por ella deberán *comprender que tal patrón de reacción no se trata de una respuesta personalizada*
  - Las víctimas pueden necesitar relatar repetitivamente su historia, descargando así su malestar, por lo que podría necesitarse un terapeuta disponible para una atención frecuente y continua

FUENTE: Modificado de Hayman y Lanza, 1991; Hampton, 1995; Adshead, 1996.

Además, el análisis forense y los cuidados asignados, aunque se apoyan en una filosofía de ayuda que pretende evitar daño y proteger a la víctima, agreden tanto en lo físico como en lo emocional.

CUADRO XV.7. *Consideraciones de manejo: Postrauma*

- Pueden darse cambios personales prominentes (cierto grado de impedimento para funcionar en el trabajo, escuela u hogar)
- La presencia de trastornos médicos de gravedad, previos o como resultado del ilícito, así como la existencia de conflictos personales severos, puede desencadenar una nueva crisis
- Puede aparecer un cuadro depresivo secundario, conductas suicidas, psicosis, síntomas conversivos, y con frecuencia un síndrome de estrés postraumático, así como el consumo de psicotrópicos diversos
- Cuando la hija(o), novia(o) o esposa(o) de un hombre o mujer han sido violados se puede reaccionar equívocamente con sobreprotección, lo cual, aunado al punto anterior, fundamenta la necesidad de seguimiento a largo plazo
- Considerar la posible ayuda adicional de los programas de ayuda existentes en la comunidad
- Las víctimas masculinas no son raras y requieren atención y manejo igual que los otros casos
- La prevención de la reincidencia requiere tipificar al victimario en sus posibles alteraciones psiquiátricas, que incluyen el abuso y la adicción a psicotrópicos

FUENTE: Modificado de Amir, 1971; Notman, 1980; Mezey, 1985; Hayman y Lanza, 1991; Hampton, 1995; Adshead, 1996.

De ahí que aparezca el concepto de retraumación o "segunda herida" cuando el paciente relata las condiciones y sentimientos que privaron frente al hecho que motiva el tratamiento (Lodico, Gruber y DiClemente, 1996; Lyman, Gidycz y Lynn, 1996; Logan, Cole y Shannon, 2007). Tal experiencia, al revivirse, aunque dolorosa, es curativa, y permite la redefinición psíquica del suceso (Burgues, 1979; Nadelson, 1994).

Las metas terapéuticas requieren, por lo tanto, una gran empatía, y se dirigen en primer lugar a la validación personal para el fortalecimiento de la función yoica, para posteriormente clarificar y entender el episodio como un hecho traumático e indeseable, pero real.

La psicoterapia responde a metas concretas y específicas, al margen del objetivo de disolución de los síntomas, que es parte del proceso de superación del trauma (Luthar y Walsh, 1995; Messer, Clark y Martin, 1996). Sus metas a nivel institucional se dirigen a mejorar la adaptación de los pacientes y a profundizar en el logro del autoconocimiento (Bagley, Wood y Young, 1994), en el cual los aspectos éticos son especialmente relevantes.

Ante ello el especialista deberá evitar el *colapso del espacio terapéutico,* generando en el paciente la habilidad de percibir la transferencia como una porción indispensable de la terapéutica y hacer crecer en él el espacio analítico, ayudándolo a desarrollar la función reflexiva que lo llevará a la comprensión de sí

mismo, al crecimiento de su personalidad y, por lo tanto, a la mejoría clínica y social (Gabbard, Atkinson y Jorgenson, 1995).

Adicionalmente, hay que considerar la existencia de pacientes especiales para los cuales se debe reconocer una maniobra de abordaje diferente (Andreev, Bykhovskaia, Bogdanova y Kossovoi, 1995; De la Garza, Aguilar y Díaz-Michel, 1997), como el caso de las adolescentes venoadictas que han resultado ser madres a una edad de franca impreparación.

CUADRO XV.8. *Valoración de pretratamiento a ofensores*

- Evaluación clínica médica y psicológica para establecer diagnóstico psiquiátrico y tratamiento en función de que el delito sexual puede ser conceptuado desde diversos ángulos
- Se recomienda nosología internacional: CIE-10 OMS
- La experiencia terapéutica categoriza tres tipos de infractores:
  - Con personalidad psicopática o que cursan con cuadros psicóticos
  - Responden poco a tratamiento
  - Infractores con poco o ningún dominio de impulsos
- Transgresores con el suficiente autocontrol pueden ser manejados con tratamiento externo
- Realizar exploración física completa de rutina
- Se debe dar prioridad a la atención del trastorno psiquiátrico concomitante
- La indicación farmacológica debe acompañarse de información sobre los beneficios-efectos secundarios del medicamento

FUENTE: Modificado de OMS, 1975; C. R. Rodríguez, 1997.

En ese sentido, las investigaciones realizadas estiman que es una necesidad prioritaria preparar profesionales capacitados para participar en las unidades especializadas.

La identificación forense de las muestras de laboratorio representa una contribución decisiva a las actividades clínicas especializadas; éstas pueden complementarse, además, con pruebas odontológicas, microscopía especializada y otras, como la electroforesis de proteínas (Ecker, Katchis y Donovan, 1991; Newling, 1997) (cuadro XV.8).

Se recomienda que el clínico cuente con disposición especial para realizar su trabajo, puesto que existen requerimientos legales que deben asignarse prioritariamente, como son:

1. la confidencialidad;
2. el discernimiento entre la acción terapéutica y las funciones forenses;
3. la salvaguarda de la competencia del acto profesional y el establecimiento claro de los criterios y la calidad del desarrollo profesional.

En vista de las elevadas tasas de reincidencia delictiva en el tratamiento de los transgresores sexuales, se han dado cita para la explicación del fenómeno múltiples teorías y los más variados manejos, que van desde la terapia farmacológica restrictiva hasta el uso del buen humor en apoyo a la acción psicoterapéutica, así como diferentes abordajes quirúrgicos y farmacológicos de los delincuentes graves, especialmente los reincidentes, como una medida drástica y definitiva, enfocada a evitar la reiteración criminal (Ahrens, 1991; Weinberger, Sreenivasam, Garrick y Osran, 2005; Brown, 1995; Cole, Cory, McKenzie, May y Meyer, 1997; Cole, 1992).

Hoy se prefieren, en los distintos centros de readaptación social, tratamientos más humanizados y flexibles, y por lo tanto menos punitivos, que vigorizan los derechos de las víctimas frente al ofensor. Pero la asociación de violencia sexual con las adicciones complica enormemente el manejo (Hanson, Steffy y Hauthier, 1993; Miller, Maguin y Downs, 1997) (cuadro XV.9).

Por lo que hace a la evaluación de los programas terapéuticos, existe el propósito de reforzar la prevención a través del conocimiento detallado del *modus operandi* del abusador y, a la vez, de la descripción del comportamiento de la víctima durante el suceso.

CUADRO XV.9. *Objetivos del manejo psicoterapéutico de los ofensores*

- El tratamiento deberá estar diseñado con el propósito de mejorar la calidad de vida
- Debe realizarse además bajo el esquema de un trato humano respetuoso y adecuado, que influya en la prevención de la reincidencia delictiva
- La terapia funciona mejor cuando es por propia decisión
- El manejo de condiciones neuropsiquiátricas es prioritario sobre el proceso psicoterapéutico
- La farmacoterapia es eficaz para disminuir deseos y fantasías que potencialmente pueden conducir a la actuación delictiva, a la par que logra un mejor control de impulsos
- Dentro de las aproximaciones más efectivas se encuentra la terapia con técnicas cognitivo-conductuales, en las que se incluye lograr empatía con la víctima
- Uso de instrumentos de evaluación clínica y estadística diseñados *ex profeso*
- El manejo de transgresores tiene como expectativa social la modificación conductual en pro de la eliminación de la reincidencia

FUENTE: Modificado de C. R. Rodríguez, 1997; McCollaum y Lester, 1994.

A ello debe agregarse la estructuración de un sistema permanente de vigilancia nacional para el cuidado de la salud de las víctimas, y

consecuentemente la educación y formación de cuerpos de asesores que faciliten la promoción de recursos humanos y su adecuada información a la sociedad.

El problema exige la realización sistemática de un registro protocolizado de investigación forense, que tipifique y controle los casos y apoye con ello el esfuerzo de la comunidad en favor de las acciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas (Souza, 1999e; Souza, 1999b).

Se trata de un asunto multimodal que demanda la participación de intervenciones profesionales de la sociedad en su conjunto, destinadas a favorecer la toma de conciencia de los grupos sociales organizados en torno de este delicado problema, y con ello mejorar la calidad de vida de la comunidad (cuadro XV.10).

La relación entre la violencia sexual y el consumo de psicotrópicos comparte una estrecha liga clínico-fenomenológica. Sin embargo hay que considerar que por ahora predominan las interrogantes sobre las respuestas (Souza, 1999e).

CUADRO XV.10. *Requisitos para el manejo psicoterapéutico de pacientes (ofensores)*

- Habilidad para socializar y cierta capacidad de tolerancia a la frustración
- Una vez establecido un conflicto, favorecer la verbalización para validarlo como experiencia
- Investigar factores que inducen o mantienen la reincidencia para establecer estrategias en pro de la prevención
- Identificar distorsiones cognoscitivas para que puedan ser sustituidas por otras más funcionales
- Promover la empatía con la víctima, que es por cierto lo más difícil de lograr en el tratamiento
- El uso de métodos psicológicos y psicoterapia personalizada, a pesar de su conveniencia, no constituye una garantía para evitar la recidiva, especialmente en los casos de pacientes sádicos sexuales, que a veces obligan a la utilización de métodos drásticos por parte de las instancias judicial y sanitaria responsables

FUENTE: Modificado de MacCulloc, 1983; Quadrio, 1992; Hanson y Gidycz, 1993; Hanson, Steffy y Gauthier, 1993; Tornton, Mann, Webster, Blud, Travers, Friendship y Erikson, 2003; C. R. Rodríguez, 1997.

La hipótesis psicoanalítica para analizar estas patologías, que parte del interés de contar con herramientas de trabajo para su evaluación, clínica y manejo, aunque útil en la práctica, no aspira a descifrar cabalmente la complejidad de tales fenómenos. Por lo tanto hemos de preguntarnos por qué las mujeres repiten menos las conductas de agresión sexual, y en cambio son más proclives a ser victimadas y revictimadas. ¿Es factible la conjunción de tendencias sádicas masculinas complementarias a las femeninas? Y si es así, ¿cómo ocurre este

mecanismo? ¿Qué papel tiene el consumo de psicotrópicos en la víctima y el victimario como patologías comórbidas en el abuso sexual? ¿Qué consecuencias psicodinámicas en las víctimas pueden explicar el desarrollo ulterior de la patología adictiva? Si existen diferencias de género documentadas entre agresión y violencia, ¿qué pueden significar en este tema? ¿Qué participación tienen los rasgos caracterológicos: agresividad y pasividad, en los roles asignados socialmente al hombre y a la mujer? ¿Qué diferencia muestra el binomio sadomasoquista en el impacto al agresor y al agredido?

Dar respuesta a estas preguntas precisa un largo trabajo de investigación que explore objetiva y contextualizadamente la vida de estos pacientes, así como el establecimiento de una nosología de los trastornos adictivos y su comorbilidad.

Se considera que los cuestionamientos y referencias psicodinámicos en torno al abuso o la adicción de psicotrópicos y el abuso sexual enriquecen al profesional de la salud por lo que toca a la trascendencia de las implicaciones inconscientes que constituyen, en parte, el origen, la permanencia y la evolución de dichas alteraciones.

Si existen elementos inconscientes en las víctimas que les hacen serlo de distintas maneras e incluso varias veces, si existen elementos inconscientes en los victimarios que los inducen al delito y a su repetición, ¿no será posible que existan iguales elementos inconscientes en las personas que militan e impulsan organizaciones en pro de la dignificación de la mujer, haciendo de esa guerrilla un motivo personal?

En ocasiones tal lucha igualitaria —para menoscabo de sus fines— ha tenido tintes de venganza, mostrado perfiles de odio y señalado profundo desprecio al otro género, adulterando así la causa por la equidad y restringiéndola *a un solo gremio*.

En el marco de una deseable política social democrática y justa, de auténtica igualdad en tal diferencia, habría que considerar varias metas: la promoción de la incorporación más activa de la mujer en la sociedad, ¡sí! La propuesta de reformas de ley en favor de lo femenino y sus representantes, claro. La promoción equitativa de igualdad de oportunidades, desde luego. Y el impulso al respeto a los derechos humanos y la creación de una cultura de la no violencia, por supuesto... Pero aceptar la parcialización chovinista de esa lucha social es obstaculizar el libre tránsito hacia la verdad y la armonía vincular entre los seres humanos, en particular para el mejor establecimiento de una pareja humana sana, realista y funcional.

Este asunto no es ni debe ser cuestión de bandos. La causa de la dignificación de la mujer es la misma que la de la dignificación del ser humano en su conjunto, no sólo de lo femenino, porque si fuera así, estaremos hablando de otra cosa... Si de acuerdo con Fromm “La agresividad es el resultado de una vida no vivida”, la correcta atención de los problemas de salud mental de la población reclama una política humanitaria, solidaria y justa, que apoye en la práctica el desarrollo de la

vida, haciendo del beneficio común *el imperativo de nuestra más elemental conciencia social.*

RESUMEN

La violencia sexual es la máxima intrusión al yo, debido a la invasión de los espacios psíquicos más profundos y privados. En ella los sentimientos de degradación, humillación, pérdida del control y autonomía son inevitables. La magnitud trascendente de su daño reclama una adecuada sensibilización social y profesional para facilitar su abordaje terapéutico y, de modo especial, su prevención.

La violencia es proteiforme y ocurre incluso en el seno de la familia, de modo que, bajo ciertas condiciones, es importante considerar el vínculo establecido entre la conducta antisocial y los delitos sexuales, en los que con regular frecuencia coexiste consumo de psicotrópicos, especialmente alcohol, y cuyas víctimas habituales son las personas más desprotegidas de la sociedad.

La revictimación, que ocurre 2.3 veces, en promedio, y el recidivismo de los ofensores, que es mayor de 50% de los casos, se incrementan cuando existe consumo de psicotrópicos y promueven o son concomitantes de otros delitos, incluidos los sexuales. Deben ampliarse y hacerse efectivas las recomendaciones generales de manejo, a efecto de mejorar los abordajes clínicos de este grave problema psicosocial, en especial cuando se asocia con el consumo de sustancias en el victimario, la víctima o ambos. Las barreras a la educación y en contra de una adecuada prevención de las enfermedades de transmisión sexual, particularmente del VIH, en las víctimas de violencia sexual infantil, están dadas, precisamente, por los síntomas que se derivan de su condición traumática, tales como depresión crónica, consumo de psicotrópicos, venganza consciente o inconsciente, compulsividad sexual y revictimación.

Mientras la sociedad no cuente con una actitud realista y positiva para la enseñanza de la sexualidad sana y patológica, y los modelos para su abordaje continúen mostrando tan amplias contradicciones, la violencia sexual, que representa el punto de confluencia de la psicopatología, la ignorancia que rige la interpretación subjetiva de los fenómenos psicosexuales y los mitos en torno a ella seguirán ejerciendo su trágica presencia en la comunidad.

De acuerdo con la opinión de los profesionales del campo dedicados al manejo de estos problemas, lo único que no es recomendable es callar. Una interesante paradoja se refleja en el hecho de que en cada nueva víctima se produce una tragedia individual y un ultraje a los valores sociales, pero en cada víctima salvada se reivindica moralmente la humanidad. Tener conciencia de ello es asumir el deseo de su erradicación en la salvaguarda de nuestra niñez y en espera de un futuro mejor.

* Mario Souza y Machorro, “Psicodinamia, adicciones y violencia sexual”, Congreso Nacional Mujeres y Adicciones: Una Realidad Negada, Grupos Addictus-Conadic-Conmujer, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del D. F., Comisión de Derechos Humanos del D. F., OPS/OMS-PNUFID, 2000; modificado de Souza, 2001e.

XVI. EL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL Y LAS ADICCIONES*

ESTA breve revisión retoma la postura de la Asociación Mundial de Psiquiatría en torno al estigma de la patología mental. No obstante que la producción y evolución de la concepción mítica en el ejercicio de la medicina cuenta con una larga evolución, hace apenas unos cuantos años que se ha despertado el interés mundial por modificar el impacto del estigma de la enfermedad mental en general, y de las adicciones en particular. Los trastornos mentales en el mundo son lamentablemente muy numerosos. Se estima que los sufren 450 millones de personas, de ellos 90 millones por uso de alcohol y drogas; 15.3 millones de personas padecen trastornos por consumo de sustancias, con 5-10 millones de venousuarios (Souza, 2007c).

De las nuevas infecciones por VIH en el mundo, 5-10% provienen del consumo endovenoso de drogas (OMS, 2004). Estudios recientes indican que el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno mental son a menudo comórbidos (6 de cada 10 personas con trastornos por consumo de sustancias sufren además trastorno mental). Su etiopatogenia cruzada, dado que ambos son causados por factores de riesgo comunes, implica que un trastorno por consumo de sustancias puede provocar otro trastorno mental, o éste favorecer un trastorno por consumo de sustancias.

Tal condición contribuye en distintos grados a la creación de determinados trastornos mentales comórbidos y al abuso/dependencia de psicotrópicos, por el traslape de la vulnerabilidad genética que provoca la presencia de un trastorno; la superposición ambiental desencadenante (estrés, maltrato físico o abuso sexual) y la exposición temprana a las drogas (factores comunes a ambas), en especial en pacientes vulnerables genéticamente y por la participación de regiones cerebrales similares.

Ambos trastornos a menudo comienzan en la infancia o adolescencia, cuando el cerebro cursa cambios dramáticos a causa de su desarrollo. De ahí que la exposición temprana a las drogas pueda afectar al cerebro de manera que aumente el riesgo de trastorno mental, y asimismo que los primeros síntomas de un trastorno mental desencadenen la vulnerabilidad al trastorno por consumo de sustancias. Se ha documentado que los jóvenes abusadores de mariguana tienen

más probabilidades de desarrollar síntomas psicóticos e incluso trastornos de tipo esquizofrénico, lo cual destaca la compleja interacción entre la genética, la exposición a drogas y la edad de uso en el riesgo de desarrollar un trastorno mental (Souza, 2007c).

Además, en comparación con la población general, los pacientes con trastornos del ánimo o trastornos por ansiedad son dos veces más proclives a sufrir trastornos por consumo de sustancias, y quienes los padecen tienen casi el doble de probabilidad de presentar un trastorno del ánimo o trastorno por ansiedad.

De modo que la elevada tasa comórbida entre trastorno por consumo de sustancias y trastorno mental indica la necesidad de un enfoque global que identifique, evalúe y trate ambos trastornos a la par, pues los pacientes con trastornos comórbidos a menudo presentan síntomas más graves que los causados por una sola alteración, lo que realza la necesidad de un manejo integral. El diagnóstico y manejo de uno de ellos reduce el riesgo para otros o, al menos, mejora su pronóstico (Souza, 2007c). La necesidad de desarrollar intervenciones efectivas para el manejo simultáneo de ambas condiciones está documentada; lamentablemente ha sido difícil de llevar a la práctica, porque los sistemas de atención de salud, en lugar de tratarlas a la par, permanecen escindidos y, con ello, ineficientes.

Los médicos suelen tratar a los pacientes con trastorno mental, pero prevalece la confusión institucional para ofrecer tratamiento adecuado al trastorno por consumo de sustancias. De hecho algunos centros de tratamiento de adicciones no usan fármacos, aun cuando sean necesarios para el manejo del trastorno mental grave (Souza, 2003f). En el país faltan servicios efectivos y humanos, atención que permita prevenir la discapacidad crónica y la mortalidad prematura (Souza, 2007f), un apoyo que permita alcanzar una vida más sana y rica vivida con dignidad (WHO, 2005). En consecuencia, la atención de los riesgos, la identificación precoz de las enfermedades, su abordaje integral y seguimiento a largo plazo constituyen elementos centrales en el mejoramiento de la calidad de vida de la población y significan nuevos retos para la atención psiquiátrica (Demyttenaere, Bruffaerts y Posada-Vila, 2004).

Si bien las opciones de tratamiento personalizado para ciertos grupos de edad o género han resultado prometedoras en el manejo integral de los trastornos por consumo de sustancias —en su condición de trastorno mental—, aún falta identificar la farmacoterapia de ambos trastornos y su respectivo orden procesal. La recomendación basada en la experiencia es reunir los esfuerzos terapéuticos (farmacológicos y conductuales) en pro de la obtención de mejores resultados (Souza y Cruz, 2008a).

Pero he aquí que el estigma hacia ellos, por distintas y complementarias razones, cuando el paciente acude a tratamiento, dificulta su rehabilitación (Souza, 2007c), ya que en una gran cantidad de casos los pacientes simplemente

no reciben atención. En países desarrollados, con sistemas eficientes de atención, entre 44 y 70% de las personas con trastorno mental no reciben tratamiento, y en los países en desarrollo la cifra llega casi a 90% (Souza y Cruz, 2008c). Un mayor conocimiento y una mejor comprensión de estos trastornos en las alteraciones de la función cerebral han de contribuir a la reducción del estigma social que bloquea la búsqueda de tratamiento, su calidad y el acceso a la atención de los pacientes (NIDA, 2007).

El estigma es la expresión de una vieja estrategia de afrontamiento muy eficaz para la supervivencia. Sirve para identificar para siempre un peligro, cuya característica se convierte en una marca distintiva, o distingue al portador. El estigma es la consecuencia de los prejuicios y daña a la persona, afectando su dignidad y sus derechos. El prejuicio lleva a la acción, y ésta al estigma, el cual conduce a la acción (discriminación). Discriminar es hacer distinciones perjudiciales a personas diferentes de uno mismo (raza, color, etcétera).

En términos psicodinámicos se considera que el estigma resulta del miedo a la enfermedad proyectado sobre los demás. Por ello la mayoría de las personas con trastorno mental lleva una doble carga, que en el caso de las adicciones origina otra carga extra. La lucha contra los síntomas y discapacidades producidas por el trastorno mental, la impugnación que reciben vía estereotipos y prejuicios sociales derivados de ideas equívocas sobre la patología mental y la severa crítica y rechazo de quienes, con aval del modelo moral, desprecian la patología adictiva hacen que se les considere "viciosos" (Souza, 2001d). En consecuencia, los pacientes son despojados o nunca facultados a contar con el apoyo y las oportunidades que permiten y definen una calidad de vida (buenos empleos, vivienda segura, satisfactoria atención de la salud y la afiliación con un grupo diverso de personas: deportivo, político, cultural, etc.) (Sartorius, 2003). Aunque en la actualidad la investigación se desarrolla vertiginosamente para entender el impacto de la patología, hace muy poco que hemos empezado a valorar y comprender el estigma del trastorno mental. Entre tanto, los prejuicios individuales/colectivos detienen eficazmente la noción veraz acerca de estos males. Por fortuna diversos profesionales se abocaron a estudiar los fenómenos vinculados al estigma de los grupos minoritarios. En la bibliografía se ha avanzado en la comprensión de los prejuicios y estereotipos descalificadores de las personas con trastorno mental y comienzan a desarrollarse los modelos para el cambio actitudinal de individuos y grupos, los cuales aplican el conocimiento de sus tres componentes al servicio de su corrección y prevención: *estereotipos, prejuicios y discriminación*.

Los estereotipos, muy eficaces debido a su aprendizaje temprano y continuo en la comunidad (Sartorius, 2003), son considerados *sociales* al representar colectivamente un acuerdo respecto de ciertas nociones de los grupos, y deben su eficiencia a que la gente puede generar rápidamente impresiones y expectativas de las personas de determinado grupo estereotipado (Hamilton y Sherman,

1994). Si bien el conocimiento, en la mayoría de las personas, de un conjunto de estereotipos no implica su acuerdo con ellos (Jussim, Nelson y Manis, 1995), como ocurre con determinados grupos raciales, ciertas personas aceptan, no obstante, algunos prejuicios y estereotipos negativos: el paciente mental como individuo agresivo (Devine, 1989). Las creencias y actitudes con evaluación negativa y los prejuicios (Eagly y Chaiken, 1993) representan una respuesta cognitivo-afectiva que conduce a la discriminación (Crocker, 1989).

De hecho, un prejuicio puede dar lugar a dañar físicamente a un grupo minoritario (Weiner, 1995), o sustituir su adecuada atención en el marco institucional de la salud por el sistema judicial (Corrigan, 2000). Véase cómo el miedo conduce a la evitación (los patrones no contratan personas con trastorno mental, las despiden injustificadamente o les ponen todo tipo de trabas), lo cual converge en discriminación (Corrigan, 1999). Las investigaciones señalan que el estigma y el rechazo llevan incluso a muchas personas a no perseguir mejores oportunidades de vida (Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997) y a favorecer las actitudes de restricción a causa del trastorno mental. Lamentablemente el fenómeno incluye a profesionales de distintas disciplinas (Lyons y Ziviani, 1995), y aunque parece ser menos evidente en países asiáticos y africanos (Fábrega, 1991), no está claro si este hallazgo representa un ámbito cultural que no promueve el estigma o es reflejo de la escasa investigación en estas sociedades. Los estudios indican que, si bien las actitudes hacia el trastorno mental varían entre las culturas no occidentales (Ng, 1996), el estigma del trastorno mental puede ser menos severo que en las culturas occidentales.

La falta de diferenciación entre los trastornos psiquiátricos y no psiquiátricos en las tres grandes tradiciones médicas no occidentales es también un factor decisivo. Si bien la posibilidad de estigma del trastorno mental ciertamente existe en las culturas no occidentales, parece que lo depositamos sobre todo en el de tipo crónico, resistente al manejo tradicional. Cabe señalar que los estudios transculturales indican que el estigma casi no existe en las sociedades islámicas (Dols, 1987), y que la existencia de conceptos erróneos sobre el trastorno mental y su estigma en diversas sociedades se agrava por la participación de los medios de información al difundir prejuicios sobre el trastorno mental (como propio de homicidas a quienes temer; la percepción infantil del mundo real y la debilidad de carácter) (Gabbard y Gabbard, 1992; Wahl, 1995).

Algunas recomendaciones que pueden emplearse para reducir el estigma a través de los medios de información se detallan en la *Guía de Estilo sobre Salud Mental y Medios de Comunicación* elaborada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, FEAFES (cuadro XVI.1). Además, la estigmatización de las actitudes no se limita al trastorno mental: la gente rechaza incluso a las personas con discapacidades físicas (Corrigan, River y Lundin, 2000). Y, asimismo, se pretende ver el trastorno por consumo de sustancias empatado *a fortiori* con la prostitución y la delincuencia (Guisa, Díaz

Barriga y Souza, 2003b). A diferencia del discapacitado físico, la persona con trastorno mental es percibida por el público como dotada del control de su discapacidad y por lo tanto responsable de causarla; de ahí que reaccionan con ira y desprecio, al considerar que no merece ser ayudada (Albrecht, Walker y Levy, 1982).

Otra forma extrema de este comportamiento es la evitación social, donde el público se esfuerza por no interactuar con las personas con trastorno mental (Skinner, Berry y Griffith, 1995). Todo ello restringe las oportunidades para una vida sana (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2002). La discriminación afecta la opinión pública respecto a cómo tratar a las personas con trastorno mental-trastorno por consumo de sustancias (Wahl, 1999), pues no hay duda de que padecen estigma en diversas formas (Page, 1995), ya por discriminación social (dificultad en la obtención de empleo), o por reducción del acceso a la vivienda, pobre o nulo apoyo para acceder al tratamiento, rechazo o dificultad de relación interpersonal (Segal, Baumohl y Moyles, 1980). La percepción de estigma alude a las creencias que los miembros de un grupo estigmatizado tienen acerca de la prevalencia de la estigmatización de las actitudes y acciones de la sociedad (Link, Yang, Phelan y Collins, 2004).

El autoestigma (baja autoestima, pensamientos negativos y sentimientos de vergüenza, miedo) surge de la identificación con un grupo estigmatizado; la baja autoestima frente a la ira describe una paradoja fundamental en la etiopatogenia del autoestigma (Luoma, Twohig, Waltz, Hayes, Roget, Padilla y Fisher, 2007). Los modelos que explican la experiencia de autoestigma contrastan tal comportamiento con el de las personas cuyo sentido de sí mismas las induce a mostrar fuerza para reaccionar enérgicamente contra la injusticia.

El tercer grupo causal en el origen del autoestigma es la reacción de indiferencia, como interpretación esencial de una condición particular.

Por ello su impacto, derivado del comportamiento de evitación de tratamiento, no buscar empleo, evasión de contacto íntimo con otras personas, etc., acentúa los problemas de la vivencia expresada, entre otras cosas, en la dificultad de adaptación social (Link, Cullen, Struening, Shrout y Dohrenwend, 1989), todo lo cual limita la calidad de vida sin importar cuál sea el trastorno mental (Hamre, Dahl y Malt, 1994; Corrigan, 2004), marco en el que deben actuar más eficazmente los profesionales (Corrigan y Watson, 2002).

Ante tal conjunto de circunstancias los organismos internacionales recomiendan tres pautas de eliminación: *protesta, educación y contacto* (Corrigan, River y Lundin, 2001). La primera está dirigida a aclarar a los medios lo que realmente significa el trastorno mental y sus alcances, a efecto de crear opiniones veraces e incrementar los efectos de la promoción de actitudes positivas. La educación, por su parte, ofrece información para que el público tome decisiones mejor informadas acerca del trastorno mental. Se ha documentado que quienes lo comprenden rechazan el estigma y la

discriminación (Brockington, Hall y Levings, 1993). El suministro de información estratégica acerca del trastorno mental puede reducir los estereotipos negativos (Link y Cullen, 1986). Los programas educativos sirven a una amplia variedad de recipiendarios de todos los niveles de la sociedad y personas afectadas. De hecho el estigma se reduce si los miembros de la comunidad aceptan y conviven con los pacientes, permitiéndoles desarrollarse sin rechazo en calidad de vecinos o conocidos. ¿De qué otra manera podría aceptarse tal involuntaria condición?

La atención comunitaria adecuada de estos pacientes también disminuye el estigma, que una vez internalizado hace al portador sentirse menos e infravalorado a causa de un trastorno del que no es responsable en su origen (Corrigan, Backs-Edwards, Green, Lickey-Diwan y Penn, 2001), aunque debe ser gestor de su manejo. El efecto perjudicial de los prejuicios es un lastre cotidiano que lacera al portador (Corrigan y McCracken, 1999), pues lo impele a abandonar su deseo de salud, en especial si no tiene tratamiento que lo contrarreste (Corrigan, Diwan, McCracken, Oliver, Backs, Rashid, Campion y Davies-Farmer, 2001).

Ambas actitudes relevantes en la etiopatogenia del estigma del trastorno mental-trastorno por consumo de sustancias se relacionan entre sí; la supuesta peligrosidad y el incumplimiento de la responsabilidad laboral del personal de salud que los atiende limitan las oportunidades de apoyo y su rehabilitación. Las actitudes y comportamientos discriminatorios llevan al estigma, y deben ser contemplados en los programas de educación al personal de salud en todos los niveles.

El temor a la peligrosidad es un factor clave en la actitud discriminatoria que muestre el personal de salud, de ahí que la cercanía técnica respetuosa y profesional y el trato humano —como a cualquier otro paciente— sean fundamentales para su erradicación (Corrigan y McCracken, 1995; Crisp y Gelder, 2000; Link, Phelan y Bresnahan, 1999). La estrategia para reducir el estigma a los pacientes mentales o adictos se aglutina en dos teorías: la de *recategorización,* caracterizada por el movimiento de “ellos a nosotros”, y la de *atribución,* unificación de las explicaciones que una persona hace acerca de la conducta de otro individuo (Albrecht, Walker y Levy, 1982). Ambas atribuciones, resultado de la autopercepción del trastorno mental como responsable de su condición, culminan en sentimientos de ira y disgusto consigo mismo.

La percepción de peligrosidad plantea un problema cada vez más grave que coloca a las personas en el más alto riesgo de ser culpadas por su enfermedad. Tales diferencias se asocian con las reacciones emocionales y el grado de discriminación, pues el deseo del público de mantener una *distancia social* parece más fuerte contra los abusadores/adictos a drogas, seguido de los adictos al alcohol y quienes padecen esquizofrenia, mientras que las personas con depresión y trastorno de ansiedad sufren menos rechazo (Corrigan, 1999).

Además, debe considerarse la diferencia entre enfrentar el autoestigma y la estigmatización, que repercuten en el conocimiento de los desequilibrios e injusticias inherentes a las decisiones políticas y las normas sociolegales (Haghighat, 2001). En adición, como efecto del estigma, la psiquiatría es marginada en el sistema de atención de salud y se le asignan menos recursos que a otros servicios médicos.

De hecho existen leyes que, directa y abiertamente, son discriminatorias contra los pacientes con trastorno mental, así como otras leyes que no diferencian entre trastorno mental y personas físicamente enfermas, lo cual en la mayoría de los casos cobra resultados adversos. Además, las disposiciones jurídicas destinadas a proteger los derechos de estos pacientes pueden incluso dar cabida a discriminación (Link, Phelan y Bresnahan, 1999; Haghighat, 2001). Al efecto se han intentado dos estrategias: la *medicalización* (integración de la psiquiatría en la mayor medida posible en la medicina; alentar la concepción del trastorno mental de la misma manera que la de enfermedad física) y la *normalización* (estrategia de distanciamiento de la medicina, tratando de evitar los problemas de trastorno mental y prefiriendo hablar de “crisis”, lo cual deja el problema sin solución, pues no se promueve la continuidad entre las posturas).

Para lograr más contacto con la sociedad, las personas con trastorno mental, tras recibir atención en lugares *ad hoc,* deben poder recibirla en otros sitios. Sin renunciar a ninguna de las ventajas terapéuticas que ofrecen la neurociencia y la medicina modernas, la mayor atención posible debe asignarse a los pacientes psiquiátricos fuera de las instalaciones médicas tradicionales (los ancianos pueden recibir atención en salas de geriatría, los niños en las de pediatría, los adolescentes en servicios juveniles y los pacientes menos graves y de mediana edad en salas neuropsiquiátricas).

La magnitud del problema parece requerir una combinación de todos los medios razonables para combatir el estigma, incluyendo un manejo de utilización del medio ambiente (Kellam, Brown, Poduska, Ialongo, Wang, Toyinbo, Petras, Ford, Windham y Wilcox, 2008). La psiquiatría ha hecho un gran esfuerzo para delimitar lo mental normal y anormal de los acontecimientos, siguiendo el camino del resto de las disciplinas médicas, llegando a identificar los síntomas de la locura, asunto esencial para su diagnóstico y toma de decisiones acerca de las mejores opciones terapéuticas. Al ahondar en el significado de las alteraciones psiquiátricas y la búsqueda de estructuras comunes con los fenómenos mentales normales, se llega a establecer que la diferencia no radica en la estructura de las ilusiones nuestras, ni de los delirios de los pacientes. Todos usamos los mismos procedimientos para captar la realidad, para construir el mundo en que vivimos y dotarlo de significado.

En ese punto el estigma se convierte en un elemento esencial contra ellos. Por lo tanto, la lucha contra el estigma se convierte en parte esencial de la lucha contra los trastornos mentales. No se trata sólo de la necesidad de superar los

obstáculos para la atención —de suyo, reto de gran envergadura—; es esencial para recuperar la salud mental. En otras palabras, "las barreras que el cuerdo construye para protegerse contra la demencia son las mismas que el loco ha de superar para recuperar su cordura" (Sartorius, 2003). Al efecto, una tarea importante sería identificar las características de las personas con trastorno mental, pero aún falta precisión para discriminar entre el aspecto y el comportamiento de las personas con distinto trastorno mental, y a continuación restaurar lo más posible la dignidad humana de quienes lo sufren, lo cual es factible a través de mejores tratamientos y una mejor atención en la sociedad en general, aunque ésta pone mucho de la responsabilidad de la propia vida en la persona, por lo que debe eliminarse la culpa del autoestigma y aumentar los conocimientos sobre la etiopatogenia y las modalidades del trastorno mental.

En consecuencia, se hace necesario abatir los estereotipos y prejuicios respecto al trastorno mental en la sociedad para reducir los riegos comunitarios e individuales del estigma. Como en el caso de la epilepsia, es alentador que gracias a la existencia de tratamientos eficaces y disponibles la percepción sobre el problema haya cambiado y los prejuicios y la discriminación se hayan reducido considerablemente. Para lograr la integración de las personas con trastorno mental es preciso reconocer que, aunque estén en todas partes, el rechazo a estas personas y sus familiares, así como la violación de sus derechos humanos, no pueden justificarse por más tiempo. La sociedad debe romper el silencio que encubre y niega sus problemas (Carey, Carr, Xu, Redko, Lane, Rapp, Goris y Carlson, 2008).

El modelo *tetralogue* (diálogo de cuatro lados) usado en Eslovaquia incluye a todos los participantes en este asunto: las personas con trastorno mental, sus familiares, los profesionales y la sociedad. Ello ha producido interacciones muy benéficas, alentando a las personas a interesarse en su salud mental y la colectiva. El programa desarrollado por la Asociación Mundial de Psiquiatría contra el estigma y la discriminación ha permitido involucrar a muchas personas en todas las latitudes, dado que el fenómeno es universal e impacta directamente el acceso a los servicios (Sartorius, 2003). Estudios recientes han documentado que la inclusión de las personas con trastorno mental en los programas de tratamiento suele producir buenos resultados, y que el manejo adecuado de la contingencia permite medidas terapéuticas mejores y más rápidas en abusadores/adictos (Carey, Carr, Xu, Redko, Lane, Rapp, Goris y Carlson, 2008).

En ello, entre otros importantes factores, el *tiempo de espera para recibir atención* es una realidad contemporánea de muchos programas contra el trastorno por consumo de sustancias, lo que resulta en grandes problemas para los pacientes y la sociedad. Tanto los factores institucionales como los individuales que influyen en el tiempo de espera son diversos, y pueden afectar negativamente el cumplimiento de las metas en el proceso terapéutico. Además,

el estigma se ha reconocido como un destacado elemento en la atención de la salud mental en los países con amplios servicios, y en la limitación de los mismos. Ello va de la mano con el hecho de que durante demasiado tiempo el modelo discriminativo ha percibido erróneamente las cosas, al punto de que ha dominado el discurso público. Véase, si no: cuando se quiere afectar a una persona que ha cometido cualquier tipo de falta se le dice "loco", ya sea por parte de los políticos, los medios de información, etc., en sus distintas modalidades. Tal asociación, desde luego, no ayuda en la lucha contra el estigma.

En Canadá, las personas de 60 años en adelante son las que muestran más distanciamiento social (Stuart y Arboleda-Flórez, 2001). Estudios realizados en Bangalore, India, indican que las personas que presentan formas somáticas de la depresión son menos estigmatizadas que las portadoras de síntomas psíquicos (Shibire, Negash y Kullgren, 2001). Y mientras los pacientes con depresión en Londres se someten a cierta restricción social, en la India sufren discriminación civil. Los hombres experimentan una mayor discriminación en el ámbito laboral, mientras las mujeres padecen más problemas en el ámbito familiar y social (Tara y Srinivasan, 2000). Por lo tanto, los programas de lucha contra el estigma y la discriminación deben abordar el estudio de las experiencias locales en diferentes grupos utilizando métodos cualitativo-cuantitativos, cuyas intervenciones de cara a la sociedad sean específicas de grupo; el esfuerzo de alfabetización en salud mental tiene que centrarse en la descripción clara y puntual de los fenómenos mórbicos, enfatizando el modelo de la normalidad y no el de la desviación (Weiss, Jadhav, Raghuram, 2001; Goldney, Fisher y Wilson, 2001).

El progreso científico-tecnológico experimentado por la especialidad en los últimos años ha llevado a logros importantes en lo que respecta a la comprensión y el tratamiento de estos problemas. Los profesionales de la salud mental se sienten orgullosos porque hoy la mayoría de las personas con trastorno mental pueden ser tratadas con éxito y son integradas a su entorno sociofamiliar, para llevar, de este modo, una vida útil y productiva. La "buena calidad de vida", como objetivo, puede lograrse gracias a las políticas y programas de salud mental adecuados y al logro de los cambios en la organización de los servicios de salud, la inclusión de los avances científicos y tecnológicos, los nuevos enfoques terapéuticos y el empleo de modernas técnicas psicoeducativas, las modalidades de rehabilitación psicosocial y sus adecuaciones pertinentes.

Es conveniente, asimismo, asumir los conceptos vertidos en el documento de consenso sobre la rehabilitación psicosocial producido por la OMS y la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, AMRP, en el que se establecen las definiciones y objetivos que se exponen en el cuadro XVI.1 (OMS, 1996).

La rehabilitación psicosocial buscada es en su calidad de proceso, el cual permite a las personas que sufren deterioro, discapacidad o mutilación derivados de trastorno mental, alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento independiente, mejoría de su aptitud, promoción de cambios en su entorno para mejorar su

calidad de vida. Se pretende reducir la sintomatología, la iatrogenia, la discriminación y el estigma; mejorar la competencia social, procurar apoyo a la familia y brindar apoyo social a los usuarios de los servicios a través de estrategias de acción en diferentes niveles. En el plano social, las recomendaciones buscan mejorar la legislación respectiva para dar más poder a los usuarios, mejorar la opinión pública y las actitudes acerca del trastorno mental (OMS, 1966).

En la próxima década habremos de presenciar una serie de prometedores avances en el tratamiento de los pacientes con trastorno mental-trastorno por consumo de sustancias (como los inyectables e implantes de larga duración y quizás otros métodos innovadores de abordaje). Pero los retos que ello conlleva no sólo incluyen los asuntos financieros del costo asistencial y el manejo de los pacientes sino la erradicación del estigma y sus consecuencias (Kleber, 2005).

Es imperativo ético profesional inaplazable de todas las áreas dedicadas a las neurociencias —en especial de la psiquiatría— velar por el respeto de los derechos humanos de los pacientes cuyo estigma representa una indeseable carga extra al ya pesado dolor del trastorno mental (Arboleda-Flórez, 2001). Cabe señalar que la guía FEAFES pretende concientizar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de información para que puedan elaborar informaciones sobre la salud mental y su colectivo, que sean un reflejo real de lo que es el trastorno mental y para que las personas afectadas reciban un tratamiento pronto, justo y adecuado. Es un documento complementario a los códigos deontológicos; considera prioritario hacer lo posible para erradicar estereotipos y tópicos que afectan a las personas que padecen una enfermedad mental y a su entorno.

CUADRO XVI.1. *Guía de estilo sobre salud mental y medios de comunicación*

---

1. AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOCIAL. *Informar con exactitud de conceptos y términos*. Los medios deben representar bien la realidad, sin confundir o ignorar los datos técnico-científicos sobre el trastorno mental; documentarse e informarse adecuadamente antes de transmitir información inexacta o errónea, igual que se haría en cualquier otro ámbito (política, economía, etc.); contrastar las noticias institucionales y del mundo médico y científico; potenciar aquellas provenientes de las personas directamente afectadas (asociaciones, familiares y personas con trastorno mental); recurrir a las fuentes de información al alcance para dar una información precisa, objetiva y que responda a la realidad; llamar a las cosas por su nombre y no hacer simplificaciones excesivas.
2. MOSTRAR UNA VISIÓN POSITIVA. *Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental.* Enfatizar las facetas positivas, las potencialidades, los logros y avances, las calidades humanas. Evitar sobredimensionar las

limitaciones y los casos aislados negativos. Mostrar a la persona con enfermedad mental en sus múltiples facetas positivas, sin sobredimensionar el hecho de que padezca una enfermedad mental, ni en lo negativo ni en lo positivo (no entronizar a personas fuera de serie, sino más bien enfatizar los logros ordinarios).

3. CONTEMPLAR TODAS LAS FACETAS. *Mostrar a las personas con un trastorno mental de forma integral.* Las personas con trastorno mental tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo. No mostrar a las personas con trastorno mental de forma unidimensional sino en todas las demás dimensiones: con los mismos sentimientos, problemas, aspiraciones, con las mismas fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual, creativa, etc. La enfermedad mental no es algo global, permanente ni inmutable, sino que es algo parcial y relativo. Todos conocemos a alguien con algún trastorno mental, sea agudo o leve.
4. FACILITAR INFORMACIÓN NORMALIZADA. *El trastorno mental debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad.* El trastorno mental es una enfermedad más. Representar a las personas con trastorno mental en situaciones normales y corrientes en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Presentar el trastorno mental con naturalidad, la misma con que se trata una gripe, un traumatismo o una discapacidad física. Ofrecer una imagen natural y verosímil.
5. DISMINUIR LA COMPASIÓN Y AUMENTAR LOS RECURSOS. *Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión.* Evitar una visión lastimera y que despierte compasión. No mostrar el trastorno mental de forma dramática o sensacionalista; no recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, superprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos para poder ejercer plenamente estos derechos.
6. DEJAR HABLAR A LOS PROTAGONISTAS. *Potenciar la información individualizada y vivencial que puedan aportar las propias personas afectadas como herramienta para crear una imagen positiva.* La proximidad y el conocimiento directo entre las personas contribuyen a desmontar estereotipos y prejuicios falsos y negativos, ya que ayudan a ver más a la persona y menos la etiqueta. Las personas directamente afectadas han de participar por sí mismas y tener oportunidades de acercamiento a los medios, sin intermediarios ni posibilidad de manipulación por terceros.
7. CLARIFICAR FALSAS CREENCIAS, MITOS O PREJUICIOS. *No propagar ni mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil.* Romper con la conceptualización tradicional del trastorno mental. No recurrir a las antiguas ideas, creencias, mitos, prejuicios negativos o estereotipos sobre cómo es una persona con trastorno mental. Muchas de las creencias que tiene la sociedad

en general pueden ser o son incorrectas: el trastorno mental no es un castigo ni una culpa de nada; las personas que lo padecen no tienen una doble personalidad, ni son individuos deshumanizados e irracionales, no son agresivas, etc. Reflexionar y documentarse antes de reproducir falsas creencias.

8. ALEJAR LA ENFERMEDAD MENTAL DE LA CRÓNICA DE SUCESOS. *Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental.* Una conducta violenta no puede justificarse sólo a causa de un trastorno mental. Las personas con trastorno mental tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Las personas con enfermedad mental, con tratamiento psiquiátrico y un entorno social y familiar adecuado pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un riesgo para nadie. No prejuzgar ni relegar la causa de un acto violento o delictivo a un trastorno mental porque muy pocas veces existe una sola causa que explique una conducta de este tipo. No omitir información relevante para entender el hecho porque puede dar una visión sesgada que fomente y mantenga prejuicios. Actuar de dos formas: o limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar todas las circunstancias contextuales y factores causales sin relegar la enfermedad como única causa para no asumir la pluralidad de responsabilidades.
9. CUIDAR EL LENGUAJE. NO ETIQUETAR. *No estigmatizar a las personas con trastorno mental con usos incorrectos de las palabras que las definen*. Las personas, sanas o enfermas, son ante todo personas. En muchos casos la circunstancia del trastorno mental no es relevante para la información, y entonces no hay ni por qué citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: “un esquizofrénico”, “un adicto”, etc., de la misma manera que difícilmente hablaríamos de “un griposo”, “un sifilítico” o “un sidoso”. No hacer hincapié en las diferencias, sino en las similitudes entre la gente. Utilizar el lenguaje apropiado para representar a la enfermedad mental. No usar terminología psiquiátrica en un contexto distinto, y menos aun cuando ésta adquiere un significado negativo o peyorativo.
10. RECORDAR QUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES SON INVISIBLES. *Ilustrar la información sobre personas con trastorno mental con el material gráfico adecuado*. La mayoría de las enfermedades mentales no se perciben físicamente. Los medios de comunicación impresos y la televisión necesitan ilustrar sus informaciones. Para ello recurren muchas veces a fotografías inadecuadas, que muestran síntomas externos de otras dolencias más “visibles”. Esta práctica contribuye poderosamente a mantener la confusión que existe entre diversas patologías. En la medida de lo posible debe aplicarse a la información gráfica todo lo indicado en los puntos anteriores.

FUENTE: Modificado de *Guía de estilo sobre salud mental y medios de comunicación,* FEAFES, Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, 2004.

Por lo tanto, el periodismo científico de la presente revisión —que mantiene el espíritu de allegar al público general las opiniones de los expertos sobre tópicos importantes de la especialidad— va de la mano con el deseo de difundir adecuada y oportunamente información veraz a la comunidad, sabedores de su necesidad imperativa para bloquear el avance de los estereotipos, prejuicios y discriminación ligados al estigma.

RESUMEN

En psiquiatría es prácticamente la regla que se traslapen desinformación y tergiversación de los hechos, lo cual se suma a la visión errática de los complejos asuntos de los que se encarga. En buena parte, ello ocurre con el concurso y la participación del proceso técnico, que a menudo no repara en los asuntos educativos de los pacientes y sus familiares, y mantiene su persistencia al no deshacer las dudas, reflexiones y conclusiones inadecuadas a que llegan las personas respecto del proceder profesional y su objetivo. La actividad profesional debe considerar entre sus quehaceres la educación en salud, para que sus pacientes cuenten con un referente que les sirva de guía para el manejo de algunos de sus problemas de salud, y para el funcionamiento sano de su cuerpo, en calidad suficiente y necesaria para coadyuvar a resolver estas intrincadas limitaciones que obstaculizan la buena atención de la salud social de la comunidad. La palabra "vicio", por ejemplo, y sus connotaciones morales, habiendo permeado ya la educación social en salud, se hace amenaza e impone la pronta y obligada solución de acabar con él y sus seguidores. En consecuencia el paciente mental o abusador/adicto se deforma; ahora *ipso facto* es una mala persona: ya no es paciente, es vicioso; no merece respeto y atención, sino castigo y dolor en pago o penitencia. De modo paralelo, la resistencia subyacente encuentra ahora su mejor condición, saldrá a la luz y se justificarán los miedos y temores en *nombre de nuestra racional defensa*.

* M. Souza y Machorro (2001d, 2003f, 2007a, 2007c, 2008a, 2008c).

XVII. TATUAJE Y PERFORACIÓN CORPORAL: PSICOPATOLOGÍA Y SALUD*

LAS MODIFICACIONES al cuerpo —aludiendo en general a múltiples prácticas concentradas a efecto de su planteamiento y discusión en este documento— se refieren aquí a los tatuajes y las perforaciones corporales, los cuales pueden definirse como cambios voluntarios permanentes o transitorios a la estructura corporal, que incluyen varios tipos de abordajes y lesiones (escaras, tatuajes, implantes transdérmicos y subdérmicos, perforación del lóbulo auricular, aplicación de silicón y amputaciones), además del moldeamiento corporal, cirugías plásticas u otras perforaciones y colocación de colgajos, inserción de ganchos dérmicos (de los cuales la persona cuelga o tira) y otros cortes de tipo ritual (Hicinbothem, Gonsalves y Lester, 2006).

En algunas sociedades ciertas modificaciones son preferentemente impuestas a las víctimas, como la ablación del clítoris y la circuncisión, que han sido incorporadas a lo largo de los siglos a ciertos actos rituales atávicos de carácter religioso; en tanto otras prácticas se relacionan con ritos de iniciación, ceremonias y actividades sexuales *sui generis* (Hicinbothem, Gonsalves y Lester, 2006).

La palabra "tatuaje" se deriva de la práctica polinésica de crear un dibujo sobre la piel por medio del golpeteo de un hueso contra otro, con el consiguiente sonido "tau-tau" (en latín, tatuaje: estigma o marca), asociado con personas marginales, incultas, menesterosas, etc. (Bautista, 1981). Cuatro siglos a.C. Herodoto divulgó que los ciudadanos griegos se tatuaban para indicar su profesión; los mayas protruían sus dientes delanteros para pronunciar sus colmillos y dar aspecto de ferocidad.

Los aborígenes australianos desde hace millares de años practicaron la pintura corporal, la escarificación ritual (peneana), así como la subincisión y el alargamiento de los labios vaginales, deformando la vulva. Las mujeres del grupo etíope suri aún colocan objetos grandes en los labios inferiores para crear las labioplacas, y los mangbetus del norte de Zaire deforman la cabeza de los recién nacidos para alargarla y dar aspecto de adulto. Todas ellas son prácticas de intención ritual y carácter cultural sin rasgo de patología; se diferencian de otras prácticas más extremas como la colocación de ganchos internos (Larratt, 1997).

Las razones esgrimidas para las modificaciones corporales son innumerables, y las hay de tipo estético, funcional, político y cultural (Camphausen, 1997), lo cual puede expresar a la par, sin embargo, rebelión o libertad e identificación o unicidad personal, y por otro lado puede también expresar dismorfia y francos deseos autodestructivos (Stirn, 2003).

La historia del tatuaje y la perforación corporal es remota; se calcula que data de hace ocho mil años (Hopkins, 2000). De acuerdo con la opinión de antropólogos y sociólogos, entre las razones por las que el hombre comenzó a pintarse cuerpo y cara destaca, en primera instancia, protegerse de las inclemencias del tiempo, y de ahí la práctica se ha deformado hasta lo grotesco y la amenaza a la salud.

Más tarde, al descubrir los pigmentos, el hombre modificó su aspecto pintándose con trazos cada vez más complejos, que pasado el tiempo devinieron símbolos distintivos culturales, religiosos, tribales, étnicos, significados bélicos, para conmemorar eventos, como prueba de valentía, etc., o como talismanes, para atemorizar al enemigo en la batalla o bien para protegerse de seres malignos y, en suma, en “adornos” de lo más variado (McCallum, 1988).

En la antigüedad los hombres también usaron objetos pendientes (aretes, collares y pectorales) de materiales diversos (huesos, piedras, barro, etc.) (Camphausen, 1997). Por ello se cree que, buscando que el color permaneciera más tiempo en su piel, comenzaron a puncionarla con objetos agudos (dientes, huesos, espinas) para introducir las sustancias colorantes (Stirn, 2003).

Asimismo, encontraron que si se hacían ciertas incisiones dérmicas podían llevar de forma permanente sus adornos (Hopkins, 2000). En nuestra cultura, a lo largo de la historia mesoamericana, puede observarse una profusión de costumbres (estatuillas que presentan la combinación de rasgos animales y humanos; restos humanos con deformaciones craneanas o con perforaciones en la nariz o lóbulos auriculares; dientes mutilados o con incrustaciones varias). Históricamente, la práctica del tatuaje y el adornarse con objetos, incluso hasta llegar a la deformación, se derivan de las razones aludidas, aunque durante mucho tiempo, y fundamentalmente en las culturas occidentales, la marca imperecedera del tatuaje no sólo fue prohibida sino mal vista.

Los romanos lo catalogaban de conducta bárbara y Moisés lo prohibió en el pueblo hebreo. El proceso de inyectarse subdérmicamente pigmentos como expresión artística se ha ido perfeccionando a través de distintas culturas, como lo muestran los sarcófagos de los faraones egipcios, hasta llegar a la actualidad.

La decoración corporal y el “arreglo” de la piel se aprecian ya entre las momias del neolítico, hace 5 200 años (McCallum, 1988), en las orejas, nariz y labios, lo mismo que en el antiguo imperio inca y en los templos de aztecas y mayas, cuyas perforaciones corporales eran guiadas por su deseo de comunicarse con los dioses, o bien, como ocurrió entre los segundos, fomentaron la protrusión dental frontal forzada, buscando dar aspecto de ferocidad (Camphausen, 1997).

En el año 2000 a.C. los tatuajes se practicaban en China, donde eran vistos como marcas distintivas de la clase social, estado civil, belleza y habilidades bélicas entre las comunidades (Hopkins, 2000). En Japón los tatuajes adoptaron otro significado, ya que sólo los presos y esclavos usaban tales marcas, marginando a todos aquellos que osaran pintarse. Paradójicamente, en esta región del Oriente quienes carecían de dinero para adquirir bellos quimonos se hacían trajes completos de tatuajes (McCallum, 1988).

Otras culturas, como la danesa y la sajona, marcaban a sus familiares con un tatuaje, pero cuando esta moda arribó al Lejano Oriente la gente empezó a inscribir leyendas, frases y dedicaciones a Buda, en vez de dibujos, como se hizo previamente. En Inglaterra el papa Adrián, a través del pasaje bíblico de Levítico 19:28 ("No tatuarás... ninguna marca sobre tu cuerpo"), hizo que esta práctica desapareciera, para rescatarse años más tarde por los escritos de Marco Polo, donde describía a algunos orientales marcados. Más tarde pasaron estas prácticas a la India del siglo XVI, donde el uso de cierta joyería escogida mostraba la casta del portador.

Las perforaciones corporales fueron comunes en la época victoriana. Con los avances de la tecnología se fue perfeccionando el estilo, y su creación se hizo menos dolorosa y más rápida, por lo que personajes como el rey Jorge V de Inglaterra, el rey Oscar de Suecia, el gran duque Alexis de Rusia y la madre de sir Winston Churchill se convirtieron en algunas de las personalidades que portaban uno de tales diseños.

También los antiguos guerreros indios tatuaban su cuerpo y el de sus caballos antes del combate en afán de unidad y colaboración. Fue el capitán Cook quien lo introdujo en la sociedad occidental y lo popularizó entre los marinos, hasta llegar a los soldados en la segunda Guerra Mundial, lo cual se ha destacado con el pasar del tiempo hasta mostrarse en la guerra de Vietnam y más recientemente en las del golfo Pérsico. De ahí procede la asociación entre los tatuajes y los presos, la gente de mala reputación o ciertos militares (Cassab, 2002).

A efecto de describir brevemente el fenómeno de las modificaciones corporales, cabe mencionar que en la actualidad esta actividad "ornamental" se realiza con una máquina de agujas oscilatorias sobre la capa superior de la dermis (Raymond, Halcon y Pirie, 2003).

El tatuaje (pigmentación artificial en la piel) y la perforación corporal para la colocación de una pieza en alguna saliente de la piel (cejas, alas nasales, labios, ombligo, etc.), se realizan en cualquier parte del cuerpo (HELA, 2001), aunque hay zonas donde sus consecuencias son más evidentes.

En tal sentido, si se aplican en el hombro, pueden generar una cicatriz gruesa, mientras que en el antebrazo o la cara ésta siempre es más fina debido a la textura de la piel. Aunque un tatuaje o una perforación corporal pueden ser dolorosos para unos, no lo son para todos por igual; amén del umbral personal al dolor, ello depende también de la parte del cuerpo donde se aplique (ya que

duele más en los tobillos o muñecas que en el brazo). Para ciertos jóvenes en determinadas ocasiones se trata de una simple prueba ritual (rito de iniciación) (Gallo, Parodi y Cozzani, 2002).

Debe tenerse en cuenta que donde se aplica un tatuaje o una perforación corporal se sensibiliza la zona, y por ello puede formarse una cicatriz, o al menos un tejido endurecido (colágeno) con menor sensibilidad, lo cual genera en su contorno una especial sensación más intensa, que generalmente se transforma en dolor. Sin embargo hay gente que dice "disfrutar el dolor" o bien aprender a "disfrutarlo". Los conocimientos anatomofisiológicos de la piel y del sistema nervioso permiten afirmar que la sensibilidad placentera disminuye con una perforación corporal, aunque psicológicamente se modifique la percepción (Gallo, Parodi y Cozzani, 2002).

En Occidente, hoy día, los tatuajes y las perforaciones corporales son considerados por las comunidades (y quienes marcan las pautas de la moda para efectos mercantiles) como "ornamentos" de moda, "arte corporal", fijación de la personalidad y atracción sexual, y constituyen una realidad social que atenta, en muchos casos, contra la salud individual y colectiva. Se realizan mediante la inserción de un pigmento insoluble dentro o debajo de la piel, mediante inyección con aguja; el pigmento más usado es el carbón (grafito), además de pigmentos biológicos y extractos de plantas y óxidos minerales (ocre). Actualmente se utilizan alrededor de 50 de ellos, entre los que se encuentran sales metálicas y diversos colorantes sintéticos.

La inserción del pigmento en la piel desencadena una respuesta inflamatoria natural, que se manifiesta como descamación inicial de la epidermis e inflamación de la dermis (HELA, 2001). Una vez que el elemento colorante es fagocitado como cuerpo extraño por los macrófagos dérmicos, drena gran parte de ellos hacia los ganglios linfáticos, quedando un residuo en los macrófagos (Neri, Guareschi, Savoia y Patrizi, 2002).

Otro tipo de tatuajes son los de *henna* (también llamados temporales porque duran casi dos semanas), los cuales, a diferencia de los tradicionales, no requieren agujas ni otros objetos para perforar la piel. La henna es una planta originaria de India y el norte de áfrica, cuyas hojas son molidas y mezcladas con aceites para formar una pasta adosada sobre la piel, que la tiñe de color café u ocre (Martin, Hughes y Stone, 2005; Marcoux, 2000).

Por su parte, las perforaciones corporales se realizan en tejidos blandos (pabellón auricular, nariz, labios, lengua, cejas, ombligo u otras partes corporales), mediante agujas o catéteres de distintos calibres, que permiten insertar el objeto deseado, generalmente metálico (níquel o plata), aunque los más utilizados actualmente son acero quirúrgico, niobio, titanio, oro, platino o plástico semiporoso (Tygon) (Steart, 2000; Koenig y Carnes, 1999).

De acuerdo con los tipos disponibles de perforaciones corporales algunas son de manejo común y otras resultan extraordinarias:

• *daith,* en el cartílago, justo arriba del oído;
• *rook,* una o más en la parte del cartílago situada arriba y dentro de la concha de la oreja;
• *reptum,* en medio de los orificios de la nariz, abajo del tabique nasal;
• *ridge,* en línea recta a la altura de las pupilas, cruzando el puente nasal.
• Las perforaciones corporales en las manos a menudo son hechas en los pliegues de piel que existen entre los dedos; el lugar más apropiado es entre el dedo pulgar y el índice (el príncipe Alberto se perforó el pene, entre la uretra y la base del glande);
• *dydoes,* en el borde lateral del glande;
• *ampallang,* en el centro del glande, arriba de la uretra;
• *frenum,* en la piel abajo del glande (frenillo);
• *clithood,* en el tejido ubicado sobre el clítoris;
• *triangulom,* en el tejido detrás del eje del clítoris y arriba de los labios menores, frente al hueso púbico (Brown, Perlmutter y McDermott, 2000).

A su vez, las escarificaciones son menos comunes que los tatuajes y las perforaciones corporales. Consisten en una quemadura o una incisión en la piel previa a la aplicación del pigmento (FDA/CSAN; Waldron, 1998). Aunque una buena parte de los casos reportados pueden asociarse con cierta patología psiquiátrica (Rooks, Roberts y Scheltema, 2000), ello parece ignorarse socialmente; tiende al aumento en poblaciones adolescentes, por lo que es esperable que aparezcan algunas de sus complicaciones médicas (Carroll y Anderson, 2002; Mayers, Judelson, Moriarty y Rundell, 2002; Sperry, 1992; Gold, Schorzman, Murray y Downs, 2005; Braverman, 2006). Sus estilos, clasificados de manera genérica, incluyen:

• *negro,* para hacer los tatuajes tribales; figuras rellenas y saturadas de color;
• *black y gray,* para elaborar difuminados (sombras), siempre con un mismo color; *realistas*, para retratos o demonios; se utilizan colores brillantes y uniformes para dar apariencia de vida;
• *prehispánico,* diseños que evocan raíces étnicas;
• *old school,* basado en líneas gruesas;
• *new school*, basado en la exaltación del color (Neri, Guareschi, Savoia y Patrizi, 2002).

El creciente interés por los tatuajes y las perforaciones corporales ha dado pie a que los investigadores, no sólo del ámbito médico, sino también del socioantropológico, dirijan su atención a este creciente fenómeno de impacto mayormente juvenil (Braithwhite, Hammett y Mayberry, 1996). Al efecto, no obstante su difusión social actual, debe resaltarse que, paradójicamente,

encontrar información científica y en detalle sobre este tema es difícil, pues sigue siendo escasa y dirigida a lograr cometidos estéticos de fines claramente lucrativos.

Además, la falta de información, en combinación con factores sociales y ciertas tradiciones sociofamiliares, han dado pie a que se malinterprete el uso de estos diseños sobre la piel, llevando a las personas a conclusiones o interpretaciones tan favorables como equívocas (Braithwhite *et al.,* 1999; Braithwhite, Robillar, Woodring y Arriola, 2001; Chimenos, Batlle, Velásquez, García, Viñals y Roselló, 2003).

No obstante, es un hecho que estos iconos dérmicos han dejado de ser propios de un grupo en particular, alcanzando en la actualidad mayor diversidad, no sólo en quienes los portan sino también en sus diseños, los lugares donde se realizan, la edad, el sexo de los usuarios, etc., por lo que de tomarse en cuenta todos estos factores se puede hablar de una subcultura particular, tal como ocurre en las adicciones de ciertos grupos sociales (Souza, 2007a).

La modificación del aspecto externo es una característica humana y universal, que incluye joyas, vestimentas, peinados y métodos más dramáticos, inusuales y patógenos, como la mutilación corporal, que implica cortar, cercenar o lesionar de forma permanente una parte del cuerpo (deformaciones esqueléticas, dentarias, circuncisión, ablación del clítoris, escarificación y tatuajes y perforaciones corporales). Estas prácticas, aunque datan desde el neolítico en lo que se refiere a los tatuajes, no necesariamente son por ello legitimables desde el punto de vista de la salud psicofísica y social.

Por ejemplo, se conocen casos de los indígenas americanos de la era precolombina con perforaciones (Braverman, 2006; Braithwhite, Hammett y Mayberry, 1996; Braithwhite *et al.,* 1999; Braithwhite, Robillar, Woodring y Arriola, 2001; Chimenos, Batlle, Velásquez, García, Viñals y Roselló, 2003; Souza, 2994c). Por lo que toca a la ablación quirúrgica del clítoris, en la actualidad, en Mali, país africano, dicha práctica ha afectado a 90% de las mujeres y se lleva a cabo desde hace cuatro mil años; cifras de la OMS indican que la mutilación genital afecta en todo el mundo a más de 132 millones de mujeres y niñas, y cada año dos millones más —seis mil al día— corren el riesgo de pasar por ella.

De modo que los organismos internacionales continúan instando a las organizaciones e instituciones gubernamentales y privadas a otorgar servicios asistenciales adecuados y, asimismo, a que inicien la comunicación sobre el cuidado de la salud mental, sexual y social (Souza, 2000a) a fin de atender a las poblaciones que lo necesitan a través de una discusión razonable que forme parte de la instrucción básica de las personas, tal como se observa en los programas educativos comunitarios (Roberts y Ryan, 2002).

Por lo tanto resulta esencial que los profesionales de la salud y la educación, líderes comunitarios, padres de familia y demás personas interesadas y de alguna

manera dirigentes —no sólo participantes— de la comunidad entiendan al menos cómo las diferencias culturales influyen sobre el comportamiento humano (Carroll, Riffenburg, Robert y Myhre, 2002).

Lamentablemente, en los últimos años ha aumentado en la sociedad occidental, especialmente entre los adolescentes, la práctica del tatuaje y la perforación corporal. En Chile, por ejemplo (Braithwhite, Hammett y Mayberry, 1996; Drews *et al.,* 2000), de 10 a 16% de los jóvenes entre 12 y 18 años, y de 3 a 8% de la población general, porta tatuajes.

No se conoce en nuestro medio la prevalencia de adolescentes tatuados ni la tasa de arrepentimiento (esperable en cambios definitivos de la corporalidad) durante la adolescencia de personas tatuadas o perforadas, pero se dispone de algunos estudios epidemiológicos en varios países. Por ejemplo, ciertas investigaciones asocian el hecho de estar tatuado con enfermedades severas, como hepatitis C tipo (Bautista, 1981) y VIH tipo (Larratt, 1997), que implicarían conductas de riesgo o de poco cuidado.

Por otro lado, recientes estudios realizados en los Estados Unidos asociaron algunas conductas de riesgo y sífilis con tatuajes y perforaciones corporales (Armstrong y Murphy, 1997; Gold, Schorzman, Murray y Downs, 2005), lo que ha adquirido mayor realce en materia de salud pública, ya que, por ejemplo, en muchos países latinoamericanos o de procedencia anglosajona quienes poseen tatuajes o perforaciones corporales no pueden donar sangre.

La diseminación de este fenómeno "ornamental" reveló hace unos años una prevalencia de 10 a 25% en los adolescentes estadunidenses entre 15 y 25 años (Armstrong y Murphy, 1997). Actualmente 11% de los adolescentes entre 12 y 18 años de ese país (sin contar la perforación del lóbulo auricular) portan perforaciones corporales, así como 25% de su población general (Carroll, Riffenburg, Robert y Myhre, 2002).

Debido a ello, el tema preocupa a los investigadores de la psicopatología (Carroll y Anderson, 2002) y los lleva a evaluar la asociación entre conductas de riesgo y la presencia de perforaciones corporales, especialmente en estos grupos.

Un punto importante en la discusión de este asunto son las complicaciones médicas reportadas como consecuencia de las modificaciones corporales, tatuajes y perforaciones, como las infecciones, ya sea bacterianas o virales, el sangrado, los desgarros de tejidos, las reacciones de hipersensibilidad, aparición de cicatrices y lesiones bucodentales (Chaitlin, 1996), que requieren manejo profesional y en ocasiones prolongado con el especialista (cuadro XVII.1).

Como se señaló previamente, los grupos más afectados por tatuajes y perforaciones corporales son los de adolescentes, cuya etapa vital *(adolescere)* implica la tarea de "encontrarse —y definirse— a sí mismo", por lo que desde el punto de vista físico corresponde a un periodo de múltiples cambios y crecimiento rápido, ocurrido entre los 11 y los 19 años. Además, se producen cambios psicológicos normales, manifiestos, así como en la oposición a la

autoridad del padre simbólico al que se refiere Lacan (Hales, Yodofsky y Talbott, 2002) en la búsqueda de identidad propia, originalidad, imaginación, narcisismo reactivo o compensatorio, cambios bruscos en la autoconfianza, desarreglos emotivos, deseo de conocimiento del mundo y búsqueda de nuevas experiencias. De ahí que se considere que marcándose vía tatuajes o con perforaciones corporales se tornan "únicos", se distinguen y permiten que se los diferencie de otros.

En otras ocasiones sirven como manera de "incorporar" personas, fechas, símbolos, etc., que pasan a ser parte permanente de su vida. En adición, el aumento sociocultural en el hábito de tatuarse también puede ser interpretado como respuesta o antídoto al estilo de vida nómada y urbana, en el cual el estigma (el tatuaje, las perforaciones, etc.) puede asegurar cierto grado de permanencia y estabilidad como pocas otras cosas, o incluso algunas relaciones interpersonales.

Sin embargo, algunas de tales características normales del periodo adolescente se hacen patológicas al tornarse exageradas o inducir a caminos autodestructivos aunque afirmativos de la personalidad del portador. Así, es propio de la psicopatología adolescente encontrar cierto grado de inhibición intelectual o inflexión escolar excesiva, variaciones e incluso trastornos del estado de ánimo y una sobreobservación (a modo de trastorno) de las conductas centradas en el cuerpo, ya que tal autoobservación excesiva y mal interpretada, según sean los referentes, a menudo induce a ciertas modificaciones corporales para tratar de escapar de su inflexible censura (Grogan, 1999; Huxley y Grogan, 2005; Fine y Demers, 2006; CDC, 2003).

Ahora, por lo que toca al diagnóstico diferencial de las mutilaciones, en especial las escarificaciones (lesiones de diversos tipos), se encuentran las escoriaciones neuróticas, las cuales se derivan del grupo de enfermedades psicocutáneas (neurodermatitis, entendidas en el marco de la patología somatomórfica), caracterizadas por lesiones en la piel autoinfligidas en forma habitual y repetitiva (CDC, 1999; Carroll, Riffenburgh, Roberts y Myhre, 2002).

CUADRO XVII.1. *Complicaciones de la perforación corporal*

OÍDO: Rasgado o escisión del lóbulo; condritis por pseudomona; perforación interior del borde, que deviene muy problemática debido a la escasa irrigación sanguínea requerida para sanar tras la lesión.

LENGUA: Inflamación y edema que conducen a la obstrucción de vía aérea; hemorragia submucosa; celulitis; angina de Ludwig; salivación creciente; lesión gingival; fracturas y extracción dentaria; interferencia con la masticación y la deglución; dislalia; entumecimiento; pérdida del gusto; aspiración/deglución de la pieza protésica (joyería).

NARIZ: Cuerpo extraño (joyería) encajado en tejidos finos subcutáneos; infección por estafilococos en nariz; boqueo de la circulación que puede interferir con la reparación natural de la lesión.

MAMAS: Abscesos; constricción del conducto mamario y obstrucción de la lactancia.

OMBLIGO: Lesión por apertura interna de la cicatriz umbilical, lesión por el uso de ropa ajustada alrededor del sitio de la perforación y retraso de la capacidad reparadora natural por lesiones de vasos locales, que conduce a la decoloración e infección local o sistémica.

GENITAL MASCULINO: Parafimosis; necrosis del prepucio; lesiones por daño uretral o escrotal; las perforaciones son particularmente propensas a la infección.

GENITAL FEMENINO: El clítoris permanece bajo riesgo de reacción alérgica, infección y fibrosis; la perforación detrás del clítoris es particularmente peligrosa debido al compromiso posible del flujo de la sangre.

COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS

- dermatitis alérgica metaldependiente (principalmente níquel)
- cicatrices queloides
- reacción del tejido fino sarcoidal
- quiste epidérmico
- lóbulos auriculares rasgados
- ruptura uretral
- obstrucción de vía aérea
- dientes protrusos y/o agrietados
- migración o rechazo de la perforación
- sangrado

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

- infección bacteriana
- estafilococias recurrentes
- *Pseudomona aeruginosa*
- estreptococias betahemolíticas
- tétanos
- tuberculosis
- hepatitis B, hepatitis C
- infección de VIH

COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES

- abscesos
- glomerulonefritis aguda
- endocarditis
- erisipelas

• artritis séptica
• osteomielitis
• síndrome tóxico de choque, septicemia

FUENTE: Stewart, 2000.

Este tipo de mutilación autoinferida no debe ser visto como sólo una modificación corporal realizada por motivos estéticos o socioculturales, dado que representa una conducta compulsiva, descrita principalmente en mujeres entre los 20 y 30 años, asociada con trastornos de ansiedad y depresión, en el trastorno de personalidad limítrofe y ocasionalmente también en algunas parafilias sexuales, particularmente en el sadomasoquismo, o bien como expresión sintomática de alguna psicosis.

En torno de los riesgos de la salud, se sabe que mediante la utilización de agujas o tinta contaminadas se corre un riesgo muy alto de contagio de VIH/sida y hepatitis de los tipos B y C, así como de otras infecciones cutáneas. También se puede presentar la formación de cicatrices gruesas e irregulares (queloides). Una perforación corporal, cuando ocurre en la lengua, puede afectar ciertos nervios y por ello alterar el sentido del gusto (Stirna, Hinz y Brihlerb, 2006).

De modo general, se han elaborado, para su difusión entre la población abierta, consejos para todas aquellas personas a quienes no se recomienda realizarse un tatuaje o una perforación corporal, como las que padecen:

1. alergias a distintos elementos, particularmente al níquel y al cromo. Cabe considerar, por ejemplo, que si la correa del reloj les provoca una reacción alérgica, significa que son particularmente sensibles;
2. problemas de coagulación o cicatrización previos que los contraindican;
3. padecimientos o enfermedades graves, como diabetes, alguna forma de cáncer, hipertensión, epilepsia, VIH/sida o hepatitis tipo C, las cuales hacen más proclives a ciertos grupos con mayor riesgo de contagio, como las personas con tatuajes o perforaciones corporales realizadas con instrumental no esterilizado al efecto, de modo semejante al problema conocido en los abusadores/adictos a drogas endovenosas.

De hecho, ese tipo de hepatitis, que se transmite mediante transfusión sanguínea o cuando se administra una sustancia o medicamento a través de la piel, ataca al hígado y provoca que éste, al inflamarse, realice sus funciones de manera anormal. Y como la mayoría de las personas que padecen hepatitis C no presentan síntomas evidentes, pueden no tener conciencia de su mal: a efecto de su correcto diagnóstico se debe realizar un análisis de sangre específico (Arnett, 1994).

Llama la atención a los profesionales de la salud y los de la educación la información científica reciente de que se dispone, desde hace un par de decenios,

que indica que los tatuajes y las perforaciones corporales son vistos por algunos grupos, en especial los juveniles, como signos generacionales *avant gard*, como simples "adornos", e incluso como una clase de tradiciones estéticas benéficas y "sin riesgo alguno" (CDC, 2003; CDC, 1999).

Y llama la atención precisamente porque, en tal dirección, distintos estudios internacionales muestran que los grupos adolescentes son los más involucrados en ello y que de manera aunada exhiben a menudo en su conducta desviaciones comportamentales e incluso actividades ilegales, las cuales frecuentemente se asocian con consumo de drogas legales/ilegales, pandillerismo, juego patológico, delincuencia (escolar, familiar, social) y participación en fiestas *rave,* entre otros ambientes donde suelen consumirse psicotrópicos (Braithwhite, Robillar, Woodring y Arriola, 2001; Stirna, Hinzb y Brihlerb, 2006).Todo ello, como puede apreciarse, no permite llegar a las conclusiones de que se trata de un asunto ornamental e inocuo.

Baste señalar que se encuentra en la bibliografía especializada un estudio de los Centros para el Control de Enfermedades, CDC, de los Estados Unidos, aunado a la Encuesta de Prevención de Conductas de Riesgo en Adolescentes, que interrogó a los participantes acerca de trastornos de la alimentación, violencia, consumo de psicotrópicos, prácticas sexuales de riesgo y suicidio, y un cuestionario específico respecto al uso de tatuajes y perforaciones corporales (Arnett, 1994). Los resultados del estudio ponen de manifiesto que los portadores fueron más proclives a realizar o a participar en conductas de riesgo sexual y otras, y con mayor involucramiento, que quienes no los tenían. Se encontraron trastornos alimentarios (anorexia/bulimia), uso de drogas, en ocasiones intenso y duradero; actividades sexuales múltiples y de riesgo para la salud, ideación suicida e intentos suicidas consumados (Arnett, 1994; Hicinbothem, Gonsalves y Lester, 2006).

El uso de drogas se asoció más importante y consistentemente con la presencia de varios tatuajes y/o perforaciones corporales a la vez. Cabe señalar que el número de tatuajes, tipo de éstos y su ubicación corporal se consideran, *per se*, factores de riesgo y sospecha predictiva de complicaciones y mal manejo de la salud propia, así como de comportamiento autoagresivo y de violencia (Roberts y Ryan, 2002; Gold, Schorzman, Murray y Downs, 2005; Braithwhite, Robillar, Woodring y Arriola, 2001; Roberti, Storch y Bravata, 2004).

En el caso del suicidio, éste se asoció con las mujeres de menor edad portadoras de uno o varios tatuajes y perforaciones a la vez.

Tal combinación fue encontrada más frecuentemente por un estudio alemán en mujeres que en hombres, lo que parece ser una constante entre algunos grupos juveniles de ciertos países. Entre la población general alemana el predominio de tatuajes es de 8.5% y el de perforación corporal de 6.5 por ciento.

Los individuos entre los 14 y 24 años exhiben el índice más alto de tatuajes y perforaciones corporales (mujeres 41%, varones 27%). Dentro del grupo de

individuos de 14 a 44 años el desempleo y la no participación religiosa son elementos que se correlacionan positivamente (Joireman, Anderson y Stratham, 2003). Asimismo, el tatuaje se correlaciona en forma perceptible con la opinión de una salud mental reducida que muestra el grupo estudiado, mientras la perforación corporal se correlaciona con el tipo de comportamiento denominado de *búsqueda de sensaciones intensas* (Cloninger, 1987; Crawford, Petz, Chou, Li y Dwyer, 2003; Nower, Derevensky y Gupta, 1999).

Tal tipo de personalidad, de acuerdo con Cloninger, se asocia con una constante búsqueda de novedad, tendencia heredada de actividad exploratoria y una intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos (mediados por el neurotransmisor dopamina), cuyos patrones conductuales asociados incluyen impulsividad y excitabilidad (Ferguson, 1999). Además de la búsqueda de aceptación de sus pares, las razones de practicar tatuajes y perforaciones corporales en esta población parecen estar dadas por la percepción/reacción a las condiciones negativas a lo largo de la vida, entendida en términos generales como la *actuación de resentimientos*, de una integración social reducida y un comportamiento guiado por la "necesidad" de búsqueda creciente de sensaciones nuevas (Ferguson, 1999).

Desde hace varios años la mayoría de las investigaciones se han centrado en las consecuencias de los tatuajes y perforaciones corporales. Pero las encuestas conductuales realizadas han arrojado distintos tipos de resultados y algunos datos sobre su comorbilidad compulsiva, adictiva y psiquiátrica (Wright, 1998; Koenig y Carnes, 1999). Si bien algunos autores no han podido establecer un correlato específico (Samantha, Tweeten y Rickman, 1998), otros han mencionado la presencia de conductas homosexuales y, en aumento, conductas sexuales de riesgo y parafilias, como el sadomasoquismo, asociadas con la portación de tatuajes y perforaciones corporales (Houghton, Durkin, Parry, Turbett y Odgers, 1996; Farrow, Schwartz y Vanderleeuw, 1991). Por ejemplo, los estudios realizados en poblaciones de pacientes hospitalizados o bien bajo régimen penitenciario demuestran un aumento de conductas violentas, trastornos de conducta y criminalidad (Thompson y McDonald, 1983; Fried, 1983; Armstrong, Murphy, Sallee y Watson, 2000; Stuppy, Armstrong y Casals-Ariet, 1998).

No obstante, en poblaciones escolarizadas, ciertos núcleos militares (Farrow, Schwartz y Vanderleeuw, 1991) y en profesionales adultos, no se ha podido establecer dicha correlación (Mayers, Judelson, Moriarty y Rundell, 2002; Bautista, 1981; Miotto, De Coppi, Frezza y Preti, 2003). Como quiera que sea, se ha documentado una diferencia clara y consistente entre las poblaciones que lo tienen y las que no, amén del tipo de tatuaje amateur *versus* profesional (Carroll, Riffenburg, Robert y Myhre, 2002).

De hecho, la posesión de un tatuaje realizada por un amateur hace sospechar, debido a los datos colectados a la fecha, que pueda correlacionarse con un

aumento de la insatisfacción con él y con la presencia de problemas de conducta en el portador, además de una baja escolaridad (Simplot y Hoffman, 1998; Bautista, 1981; Steart, 2000; Stuppy, Armstrong y Casals-Ariet, 1998).

Paralelamente a ello, cabe destacar, por otra parte, que el profesional de la salud en general ha demostrado actitudes negativas hacia los pacientes con tatuajes y perforaciones corporales (Miotto, De Coppi, Frezza y Preti, 2003), amén de que las pautas de conducta de riesgo y problemas relacionados con uso de tatuajes y perforaciones corporales serán de utilidad para el reconocimiento de problemas potenciales en población adolescente y de adultos jóvenes (Armstrong y Murphy, 1997; Gold, Schorzman, Murray y Downs, 2005).

Al efecto, cabe señalar que los adolescentes portadores de tatuajes y perforaciones corporales estudiados por distintos grupos muestran asociación con conductas de alto riesgo para la salud, como abuso y dependencia de psicotrópicos (mariguana, alcohol, tabaco y demás mezclas de distintas sustancias e incluso psicofármacos antidepresivos por automedicación), actividad sexual diversa y riesgosa, tendencia suicida e intentos previos y trastornos alimentarios.

De hecho, sobresalen los más jóvenes de la muestra, quienes presentan mayor riesgo suicida, dependencia de nicotina, uso de drogas ilegales (mariguana, cocaína) y conductas violentas e impredecibles asociadas con el consumo de alcohol, que parece ser más frecuente en varones con tatuajes y en mujeres con perforaciones corporales. En esa dirección, se hace importante señalar que las drogas de mayor riesgo o gravedad individual/social (cocaína, metanfetaminas —cristal y éxtasis—) aparecen más y son más altas en las personas con mayor número de tatuajes y perforaciones corporales (Simplot y Hoffman, 1998; Ram y Peretz, 2000).

Por su parte, los resultados de un estudio italiano (N = 817; mujeres 535; hombres 282; con edad promedio de 17.5 años), realizado entre adolescentes, señalan que los tatuajes y perforaciones corporales pueden correlacionarse con trastornos alimentarios del tipo de la bulimia. Asimismo, indican que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en las pruebas de trastornos alimentarios que los hombres. Éstos portaban más tatuajes que aquéllas (14.5 *versus* 5.4%) pero más mujeres portaban más perforaciones corporales que los varones (18.4 *versus* 21.3%).

La conclusión se dirige más bien a si los tatuajes y perforaciones corporales podrían factiblemente ser vistos como un deseo de mostrar la identidad del portador, más que como un marcador de psicopatología *per se;* algunos casos muestran trastornos conductuales y riesgos de salud de diversa índole tan claros que deben llamar la atención al profesional de la salud y demás líderes comunitarios para realizar esfuerzos educativos complementarios a fin de modificar estas prácticas, a causa del riesgo implícito a la salud que conllevan (Folz, Lippert, Kuelkens y Werner, 2000).

Desde otra perspectiva interpretativa en el esquema psicodinámico, el trastorno de la alimentación anorexia/bulimia bien puede ser representativo de una relación de amor-odio del portador con su cuerpo, en especial en ciertos pacientes, pues hay quienes "adornan" su cuerpo con tatuajes y perforaciones corporales, mientras otros lo dañan deliberadamente con premeditación, volviendo menos atractivas algunas zonas de su cuerpo.

Ello definitivamente permite hablar de psicopatología, de acuerdo con los criterios internacionales al efecto. Véase por ejemplo un estudio sobre la comorbilidad de las conductas compulsivas con los rasgos de personalidad (N = 110), que señala que 11.9% tenían uno o más tatuajes; mientras que 25.7% tenían una perforación corporal, y 64.9% del total de la muestra exhibieron alguna forma de comportamiento autoagresivo.

Al efecto llama la atención que, mientras el tatuaje es realizado por supuestas razones estéticas, la perforación corporal —sin tomar en cuenta la del lóbulo auricular— se liga más al consumo de psicotrópicos. Los rasgos de personalidad respecto a la portación de tatuajes se vinculan a la extroversión (denominada en el estudio "afectividad positiva") y a la franqueza, mientras que la perforación corporal se liga más a las neurosis ("afectividad negativa") y la falta de manejo consciente de la situación (Simplot y Hoffman, 1998).

Aunque cabe señalar que los tatuajes y las perforaciones corporales *per se* no indican conducta de riesgo, en particular en ciertos individuos, su presencia debe alertar a los padres y profesores, y al profesional de la salud, así como a otros contingentes sociales y de servicio, sobre la posibilidad de que los grupos juveniles se estén dañando y corran riesgos de salud de manera innecesaria, toda vez que las conductas en estos grupos son claramente diferentes entre quienes los tienen y quienes no (Armstrong y Murphy, 1997).

Otro estudio en esa dirección, realizado para determinar la presencia de tatuajes y perforaciones corporales actuales o ya retirados entre estudiantes de nivel preparatoria, y su incidencia de complicaciones médicas, a partir de voluntarios anónimos, señaló que los tatuajes y las perforaciones corporales figuraron en 94.4% (N = 481) de los estudiantes que completaron la encuesta (14.7% del total de la matrícula del campus), y se encontraron perforaciones corporales en 51% de ellos y tatuajes en 23%. Las mujeres presentaron más perforaciones corporales que los varones. Los varones deportistas mostraron más tatuajes que los no deportistas. No se encontró relación entre tatuajes y perforaciones corporales por edad o tipología corporal.

La incidencia de complicaciones médicas derivadas de los tatuajes y perforaciones corporales fue de 17% (sangrados, trauma tisular e infecciones bacterianas locales). Las perforaciones corporales fueron especialmente proclives a la infección. No se reportaron complicaciones médicas por tatuajes, aunque 18% de las perforaciones corporales (58 de 315 casos) y 4% de los tatuajes (6 de 149) habían sido retirados previamente. Las conclusiones de la

investigación plantean una cierta prevalencia entre los estudiantes y una incidencia significativa de complicaciones médicas entre los portadores de tatuajes y perforaciones corporales (Mayers, Judelson, Moriarty y Rundell, 2002).

De la mano de lo anterior, se señala en la bibliografía que en años recientes el fenómeno se ha diseminado en población juvenil y adulta joven. Alcanzada la adultez, es conocido que existe una alta tasa de arrepentimiento, ya sea por razones personales o laborales. Algunos estudios muestran que hasta 26% de los adolescentes tatuados consideraron eliminar el tatuaje (Krause, Bremerich y Sztraka, 2000). Esto ocasiona muchas consultas a servicios de dermatología y cirugía plástica con la idea de borrar o suprimir de alguna forma el tatuaje. En tal sentido, la conducta juvenil se estima un asunto difícil y voluble, a causa de las características de la dinámica psíquica del adolescente, que puedan proyectar en esta etapa la alternativa del arrepentimiento o no, como razón para postergar la decisión de tatuarse.

Como quiera que sea, las complicaciones médicas documentadas, según fue señalado anteriormente, incluyen: sangrado, lesión tisular, cicatrización queloide, infecciones bacterianas, tétanos, infecciones virales y diversos daños bucodentales (Crawford, Petz, Chou, Li y Dwyer, 2003; Farrow, Schwartz y Vanderleeuw, 1991; García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998; More, Seidel y Bryan, 1999; Perkins, Meisner y Harrison, 1997; Satchithananda, Walsh y Schofield, 2001; Guiard-Schmid, Picard y Slama, 2000; O'Malley, Smith, Braun y Prevots, 1998; Tweeten y Rickmanm 1998; Scheig, 1998; Mele, Corona, Tosti *et al.,* 1995; Brusaferro, Barbone y Andrian, 1999; Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Sainiu y Jalani, 1992; Ko, Ho, Chiang, Chang y Chang, 1992; Haley y Fischer, 2001; Silverman, Sekhon, Saginaw, Wiedbrauk, Balasubramaniam y Gordon, 2000; Farah y Harmon, 1998; De Moore, De Witte y De Bruyne, 2000; Roso, Neves, Guareschi y Nopra, 2002; APA, 2000; Saussere, 1966).Y es precisamente debido a ello, a la "naturalidad" social con la que desea verse este fenómeno, promovido por sus fines comerciales, que algunos autores lo han interpretado como resultado de la participación de los medios de información en los fenómenos anómicos socioculturales, a través de la manifestación maniquea de una particular ideología, proceso en el cual participan también las relaciones de dominancia entre las poblaciones, las cuales indican discriminación hacia las minorías y la reacción de éstas contra la sociedad (Forbes, 2001).

Desde otro ángulo de observación psicodinámica, y a efecto de apreciar la verdadera dimensión del problema, cabe considerar que una cicatriz es una lesión, una marca disruptiva que rompe la continuidad imaginaria y la perfección del concepto perceptual de integridad corporal del individuo y, a la vez, una señal que, desde el punto de vista subjetivo, asume distintos significados psicofísicos y sociofamiliares (García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998).

Algunos autores afirman que los portadores de tatuajes y perforaciones corporales asumen el papel tribalista de "modernos primitivos", en el que dichas lesiones se ubican fuera de los límites normales de la cultura.

De hecho, en la actualidad la mayor parte de los rituales se usan para fines recreativos y de entretenimiento, a efecto de evocar solamente una imaginería especial. Pero sus portadores, en cambio, intentan sacralizarlos y con ello "mejorar" el espacio intersubjetivo. De modo que los significantes —lesiones que perforan, dañan, queman, pintan, etc.— actúan como una marca que pretende establecer una diferencia, la cual intenta remplazar las marcas, usos y costumbres de la cultura, creando así un orden separado y, a la par, una negación de la sumisión a la cultura simbólica, sustituyéndola por el nuevo orden.

Por ello, deseando ser visto como diferente, el individuo con tatuajes y perforaciones corporales se distancia de la cultura dominante (la marca como equivalente de rebeldía). Al asumir una identificación imaginaria se rechaza la identidad simbólica colectiva, negando así la adaptación (interpretada como sumisión) a ella. Por eso es que no resulta raro saber que muchos de tales individuos muestran su resentimiento, dado que tienen en su haber antecedentes psicopatológicos de rechazo, abuso psicofísico y sexual, historia de consumo (abuso o dependencia) familiar e individual de psicotrópicos, y diversas conductas agresivas, delincuencia y arrestos. De hecho, la condición psicopatológica histérica o perversa de estas prácticas ha sido señalada por distintos estudios (Martel y Anderson, 2002; Mayers, Moriarty, Judelson y Rundell, 2002).

En efecto, para categorizar esta conducta sintomática en términos de una patología nosográfica, se debe definir primero lo que constituye la automutilación y describir en consecuencia tal conducta desde la característica de su acción sintomática. La automutilación directa, destructiva y deliberada, vista como una alteración de la piel del cuerpo propio, sin conciencia de intento suicida, se distingue de los llamados *actos autodestructivos involuntarios* de los pacientes (autistas o deficientes mentales).

Como síntoma, el DSM-IV (García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998) la describe como las conductas de cortarse, quemarse, producirse fracturas óseas, realizarse alguna infibulación, abrasión dérmica, arrancarse los cabellos compulsivamente (tricotilomanía) o mecer rítmicamente la cabeza hasta el punto de producir sacudidas violentas e intensas de consecuencias neuropatológicas.

En el DSM-IV existen dos espacios para ubicar la automutilación (García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998). En la sección de trastornos sexuales se señalan parafilias relacionadas con el sadismo, es decir, la realización de los más variados actos extremos de daño severo, vejación e incluso muerte. El masoquismo, conducta que implica los actos en los cuales una persona deriva el entusiasmo sexual de la humillación, el ser agredido, abusado, azotado, cortado, etc., puede llegar a ser muy dañino, a pesar de que la persona permite

expresamente que otro utilice su cuerpo para ello. Por ejemplo, en la asfixiofilia o estrangulación, ocurre una disminución temporal del oxígeno al cerebro durante el orgasmo, lo cual se busca como “realce” del clímax sexual, pero la práctica puede ser fatal accidentalmente.

El diagnóstico se establece cuando las conductas duran por lo menos seis meses, con fantasías sexuales recurrentes, intensas, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto (verdadero, no simulado) de la humillación. Tales fantasías e impulsos o comportamientos sexuales causan daño clínico y debilitación significativa del funcionamiento psíquico y de otros aspectos sociales, ocupacionales, etcétera.

La otra área donde se describe la automutilación es en el trastorno de personalidad limítrofe, vista como parte de una conducta dañina e inconsciente denominada *acting out,* del continuo autodestructivo entre automutilación y suicidio, donde existe inestabilidad emocional e interpersonal, las cuales tipifican el diagnóstico (Stuppy, Armstrong y Casals-Ariet, 1998).

Se ha documentado que al menos dos tercios de los automutiladores han sufrido alguna clase de abuso, seguido de episodios de disociación, entendida en términos de disociación ideoafectiva, que a menudo se producen en la adolescencia y posteriormente son revividos merced a la importancia que tienen en la vida psíquica del paciente, en su carácter de trastorno por estrés postraumático (Stirn, 2003; García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998).

La población adolescente y de adultos jóvenes ha adquirido cada vez más, en los años recientes, un exceso de tatuajes y perforaciones corporales, dirigiendo su conducta a emular lo ocurrido en la antigüedad (Saussere, 1966; Forbes, 2001; García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998; Martel y Anderson, 2002; Mayers, Moriarty, Judelson y Rundell, 2002; Mayers, Moriarty, Judelson y Rundell, 2002; Pugatch, Mileno y Rich, 1998; Johnson, Anderson, Spearman y Madson, 1974), por lo que tiende a ser considerado por algunos de tales grupos como una actividad “corriente” de la sociedad occidental (Mele, Stazi, Gill, Pasquini, 1990). Por ejemplo, en su examen a la universidad, los estudiantes de nuevo ingreso en 2001 mostraron que 51% tenían o habían teniendo previamente una perforación corporal (Mayers, Judelson, Moriarty y Rundell, 2002).

Se informó que 27% de los participantes examinados en la clínica para adolescentes del Centro Médico Naval de San Diego, Estados Unidos, en 2000-2001, eran portadores de una perforación corporal. Los sitios comúnmente perforados incluyen el ombligo, el lóbulo auricular y sus porciones cartilaginosas; entre los sitios menos comunes figuran cejas, nariz, labios, barbilla y genitales (Roberti, Storch y Bravata, 2004).

A ello se debe muy posiblemente que el renombre de la perforación corporal haya crecido, a la par, por cierto, de la lista de sus complicaciones médicas y

psicológicas (Mele, Stazi, Gil, Pasquini, 1990; Lane, Waller y Davis, 2005). Véase por ejemplo que los riesgos de salud asociados son múltiples, pues incluyen:

- infecciones
- dolor
- sangrado
- hematomas
- quistes
- reacciones alérgicas
- cicatriz hipertrófica y formación de queloides (Braithwhite, Hammett y Mayberry, 1996; Carroll, Riffenburg, Robert y Myhre, 2002; Scheig, 1998; De Moore, De Witte y De Bruyne, 2000; *Health and Safety Issues,* 2003; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Botchway y Kuc, 1998; Price y Lewis, 1997; Reichl y Dailey, 1996; Casper, Groth y Hunzelman, 2004; Alter, Hadler y Judson, 1990; Chen, Wu y Yen, 1995; Hayes y Harkness, 2001; Preti, Pinna, Nocco, Mulliri, Pilia, Petretto y Masala, 2006; Stork, 2002).

El estafilococo dorado, organismo causante conocido más frecuente en las infecciones relacionadas con perforaciones corporales, se presenta sin menoscabo de otras lesiones *in situ,* como impétigo y celulitis, o infecciones más extensas como osteomielitis, choque por síndrome tóxico y bacteriemia. Se han documentado también otras infecciones bacterianas peligrosas de alto riesgo para la vida asociadas con las perforaciones corporales, como artritis séptica, glomerulonefritis aguda y endocarditis (Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Saini y Jalani, 1992).

Los riesgos locales específicos incluyen la infección del cartílago auricular tras su perforación. Otros organismos, como *Pseudomona aeruginosa,* se han aislado en las condritis auriculares (Tweeten y Rickman, 1998; Scheig, 1998; Mele, Corona, Tosti *et al.,* 1995; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Botchway y Kuc, 1998; Price y Lewis, 1997; Reichl y Dailey, 1996; Casper, Groth y Hunzelman, 2004; Alter, Hadler y Judson, 1990; Chen, Wu y Yen, 1995; Hayes y Harkness, 2001). También se han documentado complicaciones alimentarias y bucodentales, como fracturas dentales y erosión, y otras alteraciones de la lengua, impedimento del habla y aspiración.

Otra preocupación relacionada con la infección es la potencial transmisión de hepatitis viral (Brusaferro, Barbone y Andrian, 1999; Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Sainiu y Jalani, 1992; Ko, Ho, Chiang, Chang y Chang, 1992; Haley y Fischer, 2001; Johnson, Anderson, Sperman y Madson, 1974; Mele, Stazi, Gill y Pasquini, 1990; Alter, Hadler y Judson, 1990; Chen, Wu y Yen, 1995) y del virus de la inmunodeficiencia humana (CDC, 2003). Varios estudios han demostrado una asociación entre los tatuajes, las perforaciones corporales, la hepatitis y la seroconversion VIH (Pugatch, Mileno y Rich, 1998; *Health and*

Safety Issues, 2003; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Stork, 2002). De hecho, algunos de los casos de hepatitis B se han atribuido a las perforaciones u otras modificaciones corporales, particularmente ciertos casos de que se informa en la bibliografía de años pasados, que resultaron en hepatitis y muertes fulminantes (Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Saini y Jalani, 1992; Pugatch, Mileno y Rich, 1998; Price y Lewis, 1997; Casper, Groth y Hunzelman, 2004).

La etiopatogenia de la hepatitis vital C se ha documentado a causa de perforaciones corporales (Saussere, 1966; Chen, Wu y Yen, 1995; Hayes y Harkness, 2001; Edgerton y Dingman, 1963), y el uso de agujas contaminadas se ha citado de manera especial como factor de riesgo para la infección de esta virosis (Farrow, Schwartz y Vanderleeuw, 1991; Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Saini y Jalani, 1992; Botchway y Kuc, 1998; Price y Lewis, 1997; Cascoigne, 2001). Aunque no se han confirmado casos de VIH derivados de perforaciones corporales, los informes actuales se ligan a las perforaciones corporales como vía de transmisión posible, cuyo riesgo teórico factible se ha reconocido ampliamente por diversos expertos en la materia (Roberti, Storch y Bravata, 2004; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Botchway y Kuc, 1998; Price y Lewis, 1997; Reichl y Dailey, 1996; Edgerton y Dingman, 1963).

Además de los riesgos médicos propios de los tatuajes y perforaciones corporales, los estudios recientes también han descrito una correlación potencial de estas últimas con otros comportamientos de riesgo que suelen correr los jóvenes portadores (Cloninger, 1987). Un estudio (N = 341) entre estudiantes universitarios de los Estados Unidos, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 49 años, encontró diferencias estadísticas significativas en las conductas de riesgo entre hombres y mujeres portadores de modificaciones corporales (incluidos los tatuajes y las perforaciones) y los que no las tienen. Aunque había numerosas formas y maneras, ambos grupos, con y sin modificación corporal, fueron similares entre los hombres y mujeres estudiados (Stirn, 2003).

Otra investigación (N = 860), que examinó a adolescentes detenidos, describió una tendencia entre portar una perforación corporal y el uso de drogas y alcohol (Braithwhite, Robillar, Woodring y Arriola, 2001). Los resultados de ese estudio se corroboraron por los que arrojó la investigación que examinó a adolescentes y adultos jóvenes, que documentó iguales resultados entre los adolescentes portadores de tatuajes y perforaciones corporales, notando, además, una tendencia mayor entre quienes despliegan conductas de riesgo contra la salud, trastornos alimentarios e ideación e intentos suicidas que entre los que no las exhiben (Carroll, Riffenburg, Robert y Myhre, 2002).

A medida que avanza el conocimiento del predominio del tatuaje visto como "arte corporal", así como de los riesgos asociados con los tatuajes y las perforaciones corporales, los mismos se han convertido, por su convergencia, en una entidad cada vez más mejor definida, y la bibliografía médica ha comenzado

a explorar las actitudes e ideas subyacentes que rodean estas actividades (Chaitlin, 1996).

Por otro lado, se señala que a la fecha una buena parte de los datos publicados se han recogido de adultos. Por ejemplo, un estudio realizado (N = 81 personas de 19-55 años), en personas elegidas por haberse aplicado tatuajes en "salas del arte" en los estados de Florida y Luisiana, Estados Unidos, entre 1998 y 1999, indica que la motivación variaba (expresión individual 63% y arte 43%); los motivadores menos comunes incluyeron la opinión de *sexiness,* celebración y belleza (Mele, Stazi, Gil y Pasquini, 1990).

Para una gran parte de ellos el tatuaje y las perforaciones corporales deberían ser aceptados por la sociedad. Las muestras de personas con tatuajes y perforaciones corporales indican que los clínicos deben discutir estas prácticas en el contexto natural que las vincula a la enfermedad o la salud, a efecto de brindar adecuada dirección anticipada y de rutina a los adolescentes, y asimismo de educarlos, en su caso, respecto de las estrategias más seguras para aplicar sus tatuajes y perforaciones corporales, con miras a ayudar a reducir al mínimo los riesgos de salud asociados (Knecht, 1998).

En suma, puede decirse que las modificaciones corporales como tatuajes, perforaciones, escarificaciones, infibulaciones, ablaciones, etc., son cada vez más aceptadas o menos cuestionadas por los grupos sociales, y algunas de ellas, en particular, entre los adolescentes. La preocupante asociación con enfermedades de transmisión sexual varía entre los diferentes estudios realizados, pero la mayoría de los autores coinciden en el mayor riesgo de infección por hepatitis B, C y VIH en quienes se realizan tatuajes y perforaciones (*Health and Safety Issues,* 2003; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Casper, Groth y Hunzelman, 2004; Hayes y Harkness, 2001), especialmente si ello no lo lleva a cabo un profesional ni se realiza bajo los cuidados adecuados y las recomendaciones emitidas por los ministerios de salud al efecto.

La exclusión de los portadores de tatuajes y perforaciones como donantes de sangre ha sido aprobada en muchos países, aunque en otros persiste la discusión, debido a la creciente demanda de los derivados sanguíneos y a la masificación de estas modificaciones corporales. Las complicaciones médicas y psicosociales de los tatuajes y las perforaciones corporales van desde el daño local por infección, desgarro, sangrado, reacciones alérgicas y cicatrices, hasta el compromiso sistémico grave y en algunos casos mortal, como la endocarditis bacteriana.

Las perforaciones en la boca representan además una dificultad colateral evidenciada en la intubación orotraqueal de urgencia. De ahí que los esfuerzos por educar tanto a tatuadores como a la población general, la vacunación contra el virus de la hepatitis B, la estandarización de las precauciones en los centros donde se realizan tatuajes, el control de calidad por parte de la autoridad sanitaria y la regulación legal en menores de 18 años son medidas fundamentales en la

prevención de las complicaciones antes descritas (Scheig, 1998; Mele, Corona, Tosti *et al.,* 1995; Haley y Fischer, 2001; Mele, Stazi, Gill, Pasquini, 1990; Hayes y Harkness, 2001; CDC, 2002).

Si bien el hallazgo de tatuajes o perforaciones no significa necesariamente presencia de conductas de alto riesgo en un adolescente en particular, los estudios poblacionales muestran mayor frecuencia de estas conductas en adolescentes con modificaciones corporales, lo que debe alertar al clínico a realizar preguntas dirigidas acerca de este tipo de conductas, sin estigmatizar, pues este fenómeno constituye, aunque muchos no lo deseen, una realidad social (Hayward, 1993; Marcoux, 1999; Brito, 1986; Jacob, 2002; Moerhrle, Blaheta y Ruck, 2001; Wong, Tay y Sim, 2005; ADA, 2002; Hardee, Mallya y Hutchison, 2000; Gobierno de Cantabria, 2007; CDC, 2002). Otros riesgos de salud asociados con los tatuajes incluyen complicaciones infecciosas, enfermedades desarrolladas en la zona tatuada (psoriasis, placas escamosas rojas en la piel), sensibilidad adquirida al pigmento coloreado y reacciones varias (escleroderma focal, endurecimiento de la piel), e incluso lesiones como el melanoma.

Las complicaciones infecciosas incluyen las bacterianas y las virales. Las primeras son locales y sistémicas (gangrena, sífilis, tuberculosis o lepra) y otras infecciones bacterianas (chancroide y tétanos). Las infecciones virales transmitidas vía tatuaje incluyen verrugas, vaccínea, hepatitis viral y VIH/sida (Steart, 2000; CDC, 2002; CDC, 1999; Chakroun y Bagbag, 1989; Samuel, Doherty, Bulterys y Jenison, 2001; Armstrong, Masten y Martin, 2000).

Los riesgos asociados con las perforaciones corporales incluyen reacciones alérgicas, infección y transmisión sanguínea de enfermedades (HELA, 2001; Gallo, Parodi y Cozzani, 2002; Neri, Guareschi, Savoia y Patrizi, 2002), y complicaciones médicas como sangrado, traumatismo por lesión del tejido fino, cicatriz deficiente y demás problemas bucodentales variados (García Callejo, Martínez Beneito y Ortega Navarro, 1998; Pérez-Cotapos y Cossío, 2006; Stephens, 2003; Burger y Finkel, 2002). Se ha documentado que la infección ocurre en el momento de la aplicación del tatuaje, ya sea por el uso de un equipo no estéril o bien por el empleo de una técnica deficiente, o incluso por la falta de cuidados apropiados tras la implantación, precisamente cuando la perforación no se mantiene limpia.

La susceptibilidad local a la infección aumenta en presencia de cuerpo extraño, como en el caso de la joyería e implantes de distintos materiales. Las complicaciones infecciosas más comunes son estafilococo dorado, estreptococo betahemolítico A, tuberculosis, hepatitis viral B y hepatitis C (Mele, Corona, Tosti *et al.,* 1995; Brusaferro, Barbone y Andrian, 1999; Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Sainiu y Jalani, 1992; Ko, Ho, Chiang, Chang y Chang, 1992; Haley y Fischer, 2001; Silverman, Sekhon, Saginaw, Wiedbrauk, Balasubramaniam y Gordon, 2000; Farah y Harmon, 1998; De Moore, De Witte

y De Bruyne, 2000; Pugatch, Mileno y Rich, 1998; Johnson, Anderson, Spearman y Madson, 1974). Las complicaciones no infecciosas son del tipo de la dermatitis alérgica al metal, inflamación extrema que engloba la joya, rasgado del tejido fino y susceptibilidad a infecciones bacterianas repetidas (Larratt, 1997; Samantha, Tweeten y Rickman, 1998; Guiard-Schmid, Picard y Slama, 2000; O'Malley, Smith, Braun y Prevots, 1998; Tweeten y Rickman, 1998). Debido a la frecuencia de tales complicaciones se ha descrito una lista de recomendaciones *ad hoc* (Edgerton y Dingman, 1963; Gobierno de Cantabria, 2007; Armstrong, Masten y Martin, 2000; Burger y Finkel, 2002; Hovell, Blumberg, Liles *et al.,* 2001; Nishioka, Gyorkos y McLean, 2001; Putnins, 1997; Roberts, Auinger y Ryan, 2002; Roberts, Auinger y Ryan, 2004; Roy, Haley, Leclerc y Boivin, 2002; Stephens, 2003; Witte, Meyer y Martell, 2001). La higiene eficaz entraña el empleo de agujas desechables para cada ocasión, aunque se sabe que muchos de tales "artistas" procuran esterilizar su equipo y reutilizar agujas, para así respetar las regulaciones sanitarias correspondientes (en los países donde las hay) (Pérez-Cotapos y Cossío, 2006; Stephens, 2003; Burger y Finkel, 2002; Hovell, Blumber, Liles *et al.,* 2001; Nishioka, Gyorkos y McLean, 2001), documentadas por medio de certificados que se exhiben al público (Putnins, 1997) (cuadros XVII.2 y XVII.3).

No se debe olvidar que la presencia de tatuajes y de perforaciones del cuerpo se ha asociado tradicionalmente con la presencia de otros comportamientos de riesgo para la salud (Braithwhite, Robillar, Woodring y Arriola, 2001; Roberts y Ryan, 2002; Arnett, 1994; O'Malley, Smith, Braun y Prevots, 1998; Tweeten y Rickman, 1998; Scheig, 1998; Mele, Corona, Tosti *el al.,* 1995; Brusaferro, Barbone y Andrian, 1999; Sebastian, Ray, Bhattacharya, Maung, Sainiu y Jalani, 1992; Ko, Ho, Chiang, Chang y Chang, 1992; Haley y Fischer, 2001; Silverman, Sekhon, Saginaw, Wiedbrauk, Balasubramaniam y Gordon, 2000; Pugatch, Mileno y Rich, 1998; Johnson, Anderson, Spearman y Madson, 1974; Mele, Stazi, Gil, Pasquini, 1990; Lane, Waller y Davis, 2005; *Health and Safety Issues,* 2003; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Botchway y Kuc, 1998; Price y Lewis, 1997; Reichl y Dailey, 1996; Casper, Groth y Hunzelman, 2004; Alter, Hadler y Judson, 1990; Chen, Wu y Yen, 1995; Hayes y Harkness, 2001; Preti, Pinna, Nocco, Mulliri, Pilia, Petretto y Masala, 2006; Stork, 2002; Breton, Légare, Golet, Laverdure y D'Amours, 2002; Roberts, Auinger y Ryan, 2004; Roy, Haley, Lecrer y Boivin, 2002; Stephens, 2003; Witte, Meyer y Martell, 2001; Rotily, Delorme y Obadia, 1998; Oquendo, Malone, Ellis, Sackheim y Mann, 1999; Dhossche, Snell y Larder, 2000; Remafedi, French y Story, 1998; Silverman *et al.,* 2000; Gordon, 2000; Whitlock y Knox, 2007; Gratz, 2001; Kokaliari, 2005; Stanley, Gameroff, Michalsen, Mann, 2001; Briere y Gil, 1998; Esposito, Spirito, Boergers y Donaldson, 2003; Chapman, Gratz y Brown, 2006; Ross y Heath, 2002; Klonsky, 2007; Linehan, 1986; Brown, Comtois y Lineham, 2002; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006; Guertin, Lloyd-

Richardson, Spirito, Donaldson y Boergers, 2001; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004; Bennet, Coggan y Adams, 2003; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard, 1991; Linehan, Tutek y Heard, 1994; Slkovskis, Atha y Storer, 1990; Upadhayaya, Conwell, Duberstein, Denning y Cox, 1999), por ejemplo, un examen en una prisión francesa lo asoció con consumo de psicotrópicos (Rotily, Delorme y Obadia, 1998), por lo que no es sorprendente que se relacione con conductas de riesgos o aventuradas (Roberts y Ryan, 2002; Carroll, Riffenburg, Robert y Myhre, 2002; Drews *et al.,* 2000; Nower, Derevensky y Gupta, 1999; Putnins, 1997; Roberts, Auinger y Ryan, 2004; Roy, Haley, Lecrer y Boivin, 2002).

De hecho, varios autores han sugerido que la gente con tatuajes y perforaciones corporales tiene más probabilidades de vincularse con comportamientos aventurados que quienes no son portadores de aquéllos, especialmente entre los adolescentes (Gratz, 2001; Kokaliari, 2005; Stanley, Gameroff, Michalsen, Mann, 2001; Briere y Gil, 1998; Esposito, Spirito, Boergers y Donaldson, 2003). Además, un estudio realizado entre el profesional de la salud —médicos y enfermeras— revela que mostraron actitudes negativas hacia los adultos tatuados, y que los varones tenían actitudes más positivas que las mujeres (Armstrong, Murphy, Sallee y Watson, 2000), actitudes que pueden influir sobre el comportamiento del profesional de la salud hacia tales pacientes.

No obstante, aún existen lagunas de conocimiento acerca de los tatuajes y las perforaciones corporales como elementos indicadores inequívocos de psicopatología, dado que no es lo mismo tatuarse en calidad de aplicarse un estigma leve y transitorio que hacerse modificaciones corporales extensas, múltiples e irreductibles. Podría ser que el tatuaje no fuera tan grave desde el punto de vista de su trascendencia psicosocial como la perforación corporal, y menos aún que ambas juntas, o cuando coinciden varias de ellas con temáticas hostiles auto y heteroagresivas.

La investigación actual sugiere que la gente portadora de tatuajes o perforaciones corporales es considerada proclive a tener una baja estima por su salud y se acerca más fácilmente a conductas de riesgo. De hecho, una significativa proporción de personas con tatuajes y perforaciones participan en todo tipo de riesgos contra la salud (Mele, Stazi, Gill y Pasquini, 1990; Alter, Hadler y Judson, 1990; Chen, Wu y Yen, 1995; Lane, Waller y Davis, 2005; *Health and Safety Issues,* 2003; Armstrong, Ekmark y Brooks, 1995; Botchway y Kuc, 1998; Price y Lewis, 1997; Reichl y Dailey, 1996; Casper, Groth y Hunzelman, 2004; Alter, Hadler y Judson, 1990).

Por último, a efecto de destacar su importancia, se señalan a continuación algunos de los aspectos relativos a la argumentación de este criterio a través de la suicidalidad de los portadores de tatuajes y perforaciones corporales (Hicinbothem, Gonsalves y Lester, 2006; Oquendo, Malone, Ellis, Sackheim y Mann, 1999; Chapman, Gratz y Brown, 2006; Ross y Heath, 2002; Klonsky,

2007; Linehan, 1986; Brown, Comtois y Lineham, 2002; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006; Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson y Boergers, 2001; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004; Bennet, Coggan y Adams, 2003; Linerhan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard, 1991; Linehan, Tutek y Heard, 1994; Slkovskis, Atha y Storer, 1990; Upadhayaya, Conwell, Duberstein, Denning y Cox, 1999; Andrus, Fleming, Heuman, Wassell, Hopkins y Gordon, 1991; Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999). Por ejemplo, algunas investigaciones realizadas entre adolescentes femeninos de 15 a 18 años que han mostrado conductas de riesgo elevado han sido relacionadas con ira contra sí mismas, baja autoestima y síndrome depresivo (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999; Mann, 2004).

CUADRO XVII.2. *Recomendaciones para la implantación de un tatuaje o perforación corporal*

Antes de decidir, toda persona interesada debe tener muy claro:

- si lo hace por decisión propia o por imitación (de los amigos o de alguien que causa admiración)
- si a futuro afectará sus actividades (al momento de buscar trabajo, por ejemplo) y sus relaciones familiares y sociales
- que de acuerdo con las disposiciones de la Secretaría de Salud (a través de la NOM-003-SSA2-1993), por lo menos durante un año no podrá donar sangre aun cuando sea para un pariente o un amigo muy queridos
- que las técnicas de eliminación de tatuaje (aunque siempre dejan una cicatriz) son caras y agresivas, como el rayo láser, el *peeling* (raspado de la piel), quitar el fragmento de piel con un bisturí, o aplicar sustancias químicas, entre otras; cabe señalar que el láser es el método más caro, no en todos los hospitales lo tienen y se requieren diversos tipos de rayo para retirar los diferentes colores
- con el fin de establecer los criterios para regular los establecimientos en donde se hacen tatuajes y perforaciones, así como a las personas que los realizan, el Congreso de la Unión de México analiza una iniciativa de ley para regular la elaboración de tatuajes permanentes y perforaciones
- entre los principales motivos expuestos están evitar la transmisión de virus y bacterias, principalmente de hepatitis C y VIH/sida, por medio de los instrumentos que se emplean para efectuar los tatuajes y las perforaciones, así como determinar las medidas mínimas de higiene y seguridad que protejan a clientes y trabajadores
- crear un registro único de tatuadores y perforadores, a disposición de la Secretaría de Salud; prohibir que los menores de 18 años se realicen tatuajes, perforaciones y micropigmentaciones sin autorización previa de sus padres o tutores, y disponer las multas a las que se harán acreedores quienes violen estas disposiciones

• de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, que prohíbe la discriminación, nadie puede ser despedido por hacerse un tatuaje o una perforación corporal

FUENTE: Modificado de Witte, Meyer y Martell, 2001; Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.

Un estudio efectuado en una población de reclusos (Yates, 2004) encontró que los tatuajes visibles se asociaban con abuso de psicotrópicos legales e ilegales, autoagresión, conductas violentas, encarcelamiento y contacto previo con servicios psiquiátricos. Asimismo, se informa que, entre los adolescentes vistos en una clínica para el cuidado médico rutinario, un estudio asoció la modificación corporal con el abuso de sustancias (Andrus, Fleming, Heuman, Wassell, Hopkins y Gordon, 1991).

Otro estudio realizado a partir de análisis de rutina entre una muestra de personal militar (Armstrong, Murphy, Sallee y Watson, 2000) asoció los tatuajes y las perforaciones corporales con el consumo de psicotrópicos, actividad sexual diversa, intentos suicidas y trastornos de la alimentación (bulimia), todo lo cual ha sido interpretado como un comportamiento de riesgo (Stuppy, Armstrong y Casals-Ariet, 1998; Miotto, De Coppi, Frezza y Preti, 2003).

Otra investigación realizada entre estudiantes universitarios (N = 4 700) portadores de tatuajes y perforaciones corporales muestra que a menudo tales personas exhiben conductas aventuradas, como tener sexo con extranjeros y desconocidos, beber mientras conducen un automóvil o aceptar ir en autos donde el conductor va bebiendo, etc. (Stephens, 2003).

Con base en tal información se asumen como correlativos de los tatuajes, las perforaciones corporales y las tasas de suicidalidad, la actividad sexual y la depresión (Linehan, 1986; Brown, Comtois y Lineham, 2002; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006; Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson y Boergers, 2001; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2004; Bennet, Coggan y Adams, 2003; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard, 1991), así como la modificación corporal en los términos descritos, más escarificación, asociable incluso con una historia de antecedentes quirúrgicos. El análisis de la muestra portadora de tatuajes y perforaciones corporales indica una tasa de suicidalidad aumentada asociada y cierta concordancia con actividades sexuales y autoinformes positivos a depresión y otras alteraciones psiquiátricas, como trastornos alimentarios (Mann, 2004; Yates, 2004; Iwata, Pace, Kissel, Nau y Farber, 1990; Birmingham, Manson y Grubin, 1999; Brooks, Woods, Knight y Shrier, 2003; Favaro y Santonastaso, 1998; Favaro y Santonastaso, 2000).

CUADRO XVII.3. *Recomendaciones complementarias para la implantación de un tatuaje o perforación corporal*

TATUAJE

Consiste en introducir colorantes en la piel para crear un dibujo permanente

Perforación corporal (piercing)

Es la perforación de la piel o las mucosas para colocar algún objeto o adorno
Estos procedimientos tienen unos riesgos que puedes reducir siguiendo estas recomendaciones

¿Donde hacértelos?

- en centros autorizados que cumplan las condiciones de seguridad e higiene
- evita mercadillos, puestos ambulantes y similares
- cerciórate de que las técnicas a utilizar no estén prohibidas ni sean poco confiables
- limpia y desinfecta la zona diariamente con suero fisiológico y siguiendo las recomendaciones que te hayan dado en el centro
- aplica frío en los primeros días, mantén la zona seca, no la frotes ni la rasques, no la expongas al sol y a rayos ultravioleta (UVA)
- evita acudir a piscinas, saunas y playas y *no* uses maquillaje ni otros cosméticos, cremas, etcétera

Precauciones especiales

Consulta con tu médico si sufres cualquier reacción, como:
- alergias a los productos utilizados
- infección local o cicatrices hipertróficas
- no podrás donar sangre después de hacerte el tatuaje
- en el *piercing* genital se aconseja no practicar relaciones sexuales en las dos primeras semanas; además, puede aumentar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y rotura de preservativo
- debes retirar el *piercing* en el pezón en el sexto mes de embarazo, y no recolocarlo hasta como mínimo tres meses después de finalizar la lactancia
- al aumentar el tamaño del abdomen, los tatuajes se deforman y el *piercing* del ombligo puede expulsarse
- hay riesgo de contraer enfermedades de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B o C)

Exige garantías sanitarias

El establecimiento debe tener
- buen estado de limpieza y conservación de instalaciones y materiales

• un cartel informativo con la fecha de autorización por la Secretaría de Salud

MATERIALES

• el *piercing* debe ser de un material que disminuya el riesgo de infección o reacción alérgica
• todos los objetos utilizados estarán correctamente esterilizados o serán de un solo uso; vendrán envasados y sellados; exige que los abran en tu presencia
• no permitas que utilicen pistolas perforadoras al hacerte un *piercing,* ya que no pueden ser esterilizadas y podrían provocarte una infección y otros daños

APLICADOR

Debe poseer un título que lo acredite y cumplir las siguientes normas higiénicas
• lavarse las manos antes y después de cualquier práctica, y siempre que se interrumpa
• señalar contraindicaciones y advertencia sobre posibles riesgos
• indicar los cuidados necesarios tras la aplicación
• realizar un presupuesto
• si te tienen que aplicar anestesia, ésta sólo puede ser en pomada o aerosol
• el aplicador podrá negarse a realizarte el *piercing* o el tatuaje si considera inadecuado cualquier aspecto, con el objetivo de proteger tu salud
• los tatuajes cicatrizan en unas dos semanas; los *piercings* pueden tardar hasta varios meses, según la parte del cuerpo donde se realicen
• cubrirse cualquier lesión visible de la piel con vendajes impermeables
• utilizar guantes de un solo uso
• llevar ropa específica para el desarrollo de su trabajo

NO OLVIDES

• desinfectar tu piel antes de realizar el *piercing* o el tatuaje
• utilizar tintas que procedan de envases unidosis o colocarlas en recipientes de uso individual, que se desechan después
• no comer, beber o fumar en el área de trabajo
• un tatuaje *es para toda la vida*
• los métodos de eliminación no son totalmente eficaces, aunque te digan lo contrario
• la moda cambia y tal vez un día el tatuaje o el *piercing* sean considerados antiestéticos
• hay técnicas que con el paso del tiempo se alteran, y puede modificarse la coloración de la zona donde se encuentran
• quizá llegues a cansarte de ellos

• a veces son un impedimento para el acceso a determinadas profesiones o actividades laborales.

ANTES INFÓRMATE

Pide información por escrito sobre
• el establecimiento y el método a utilizar
• las características de la aplicación y materiales
• las medidas higiénicas que se adoptarán

DEBES CONSULTAR AL MÉDICO SI TIENES
• diabetes
• hemofilia
• enfermedades cardiacas
• las defensas bajas
• eres portador de VIH, hepatitis B o C o usas alguna prótesis

DEBES ESPERAR UN TIEMPO SI TIENES
• cualquier infección
• una cicatriz o una quemadura recientes
• úlceras en la piel o hematomas
• si vas a recibir quimioterapia o radioterapia

La presencia de tatuajes en determinadas zonas corporales puede producir
• alteraciones de la piel en la zona de aplicación (pecas, lunares, verrugas)
• ombligo protruyente (evitar el *piercing* en esa zona)

FUENTE: Modificado de Gobierno de Cantabria, 2007.

Complementa esta breve visión temática el estudio realizado en Argentina, en una clínica para adolescentes, el cual indica la relación entre estar tatuado y mayor consumo de tabaco, fracaso escolar y mayor número de intoxicaciones alcohólicas, relaciones sexuales e irreversibilidad. Ningún tatuado se mostró arrepentido.

Las conclusiones señalan prevalencia de adolescentes tatuados de 6.3% y presencia de distintos factores y conductas de riesgo (familias monoparentales, convivientes y amigos cercanos tatuados, intención presente de tatuarse, mayor creencia de irreversibilidad, fracaso escolar, mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y de número de intoxicaciones alcohólicas, relaciones sexuales con inicio en edades más tempranas y mayor número de parejas sexuales, y presencia de perforación corporal). No se encontró arrepentimiento en los individuos estudiados (Busaniche, Eymann, Mulli, Paz y Catsicaris, 2006).

En la ciudad de México, en un estudio sobre la prevalencia y características de los tatuajes de los pacientes hospitalizados (N = 909) con alguna enfermedad psiquiátrica, 25 tenían tatuajes y presentaban algún trastorno mental; su edad promedio fue de 27 años con predominio (22) de sexo masculino sobre el femenino (3). El tatuaje se realizó en 15 pacientes (60%) cuando aún eran menores de edad y 13 (52%) portaban más de uno. La prevalencia de la psicopatología incluyó trastornos de personalidad (38%), abuso de sustancias (33%), trastornos depresivos (17%) y esquizofrenia (12%).

La relación con las patologías presentadas más comúnmente señala la relación de los tatuajes con el abuso de sustancias y con rasgos de personalidad antisocial (Cassab, 2002), lo cual concuerda con los resultados de otros estudios, como el que asocia la perforación corporal con problemas de consumo etílico y otros psicotrópicos en adolescentes de mediana edad, atendidos en unidades de atención primaria a la salud (Kokaliari, 2005).

Por cierto que el conocimiento en torno a la hepatitis B en adolescentes es muy escaso; las falsas creencias desdeñan su importancia y los comportamientos siguen pautas de riesgo que se distancian de la autoprotección, lo cual debe motivar al profesional de la salud a dirigir acciones informativo-preventivas y educativas formales respecto de los tatuajes y las perforaciones corporales (Armstrong y Murphy, 1997; Armstrong, 1995).

En la actualidad se ha señalado una relación estrecha entre los tatuajes, las perforaciones corporales y la suicidalidad a lo largo del tiempo; existen evidencias que sugieren que aproximadamente 4% de la población general adulta y 21% en ciertas poblaciones clínicas presenta por lo menos conducta autoagresiva.

Esta conducta en población escolarizada de los Estados Unidos alcanza entre 12 y 38%, con una prevalencia a lo largo de la vida de 17%, conducta que tiende luego a decrecer cuando alcanza la adultez (Roberts, Auinger y Ryan, 2004; Armstrong, 1995; Evans, Hawton, Rodham y Deeks, 2005; Kessler, Borges y Walters, 1999).

Un aspecto trascendente del asunto que se trata es la interpretación que hacen de la tendencia autolesiva distintos autores (Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002), la cual converge en una suerte de mecanismo compensador de la inadecuación de la regulación afectiva personal que ocurre principalmente en situaciones de estrés, o bien como método de confrontación de las emociones negativas e involuntarias (Lester, 2000).

En consecuencia, la autolesión se define como “dañarse intencionalmente de manera directa el tejido fino del cuerpo sin intento suicida”. La investigación actual sobre las funciones de la autolesión intenta describir la fenomenología de esta conducta y examinar los efectos fisiológicos de ella. Los resultados obtenidos a la fecha indican evidencia convergente en el sentido del deseo de la regulación afectiva.

De modo que la génesis de las sensaciones nuevas es una forma de describir el modelo de la contradisociación autolesiva. Cuando los individuos se disocian (sintomatología clínica observable), pueden sentirse "irreales", "fuera de su cuerpo" o "en la nada". Las sensaciones físicas producidas por uno mismo pueden ayudar a tales individuos a sentir algo de sí por ellos y a terminar así episodios de la disociación, de la despersonalización o de la desrrealización (cuadro XVII.4) (Baker, O'Neill y Karpf, 1984).

Se sabe que de 34 a 45% de los individuos de preparatoria con sintomatología autolesiva tienen ideación suicida y, aunque existe evidencia de comorbilidad entre autolesión y suicidio (Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard, 1991; Linehan, Tutek y Heard, 1994; Slkovskis, Atha y Storer, 1990; Upadhayaya, Conwell, Duberstein, Denning y Cox, 1999; Andrus, Fleming, Heuman, Wassell, Hopkins y Gordon, 1991; Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999; Mann, 2004; Yates, 2004; Iwata, Pace, Kissel, Nau y Farber, 1990; Birmingham, Manson y Grubin, 1999; Brooks, Woods, Knight y Shrier, 2003; Favaro y Santonastaso, 1998), la relación aún no es clara, pues la conducta autolesiva se asocia con depresión, consumo de

CUADRO XVII.4. *Funciones del self en la autolesión deliberada*

- afectar favorablemente la regulación afectiva para aliviar la tendencia negativa aguda
- despertar una acción aversiva como vía de autocontrol
- efectuar una acción contradisociativa para terminar la experiencia de despersonalización
- la autolesión representa una acción contrasuicida que busca sustituir alterar o evitar el impulso suicida
- definir y remarcar los límites interpersonales para afirmar la autonomía en términos de una distinción entre el uno mismo y el otro (yo y no yo)
- influir en la relación interpersonal a efecto de manipular una ayuda que se siente necesaria aunque contradictoria, como forma de autocastigo
- postergar la ira y canalizarla hacia la búsqueda de sensaciones con miras a alcanzar bienestar, placer o entusiasmo

FUENTE: Modificado de Klonsky (comp.), 2007.

alcohol y drogas, dolor psíquico, disfunción cognitiva (constricción) y desregulación de los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos (Stanley, Gameroff, Michalsen, Mann, 2001; Upadhayaya, Conwell, Duberstein, Denning y Cox, 1999).

Además, la autolesión y el intento suicida y el suicido muestran de hecho pautas distintas en su motivación, letalidad, grado de desesperanza, deseo de

dejar de vivir y atracción por la vida, a través de distintos planes y formas de alcanzar los pretendidos fines (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999; Mann, 2004; Yates, 2004).

Como quiera que se lo vea, el estado autolesivo es un predictor de la suicidalidad, lo que ha sido interpretado como una lesión menor destinada a alejarse del intento suicida, independientemente de las características sociodemográficas asociadas, y al margen de que los que se autolesionan y también han intentado el suicidio exhiben a la par niveles condicionantes de estrés más altos y menos factores protectores que quienes son solamente autolesivos o sólo intentan el suicidio.

La frecuencia de autolesiones lleva también, *per se,* una relación directa y proporcional con el suicidio; asimismo, el estado autolesivo predice todas las formas de conductas suicidas, y no sólo la ideación (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999; Mann, 2004; Yates, 2004).

Al respecto, resulta pertinente señalar que se dispone desde hace muchos años de instrumentos (como la Self-Injury Trauma Scale) para medir la extensión de las lesiones y objetivar la conducta autolesiva, diferenciando ubicación topográfica corporal, tipo de lesión, número de ellas y estimación de la severidad (Champion, Sacco, Lepper, Atzinger, Copes y Prall, 1971), lo que ayuda a los clínicos a evaluar la condición global del paciente (Greenspan, McLellan y Greig, 1985).

RESUMEN

Se revisa la historia del tatuaje y la perforación corporal en el contexto socioantropológico para ubicar sus motivaciones culturales, religiosas, tribales, sexuales, etc. Se señalan algunos métodos y expectativas de los grupos étnico-culturales para introducir sustancias colorantes en la piel y modificar el cuerpo. Se describen las alteraciones corporales en distintos niveles de la economía (joyas, vestimentas, peinados) y métodos patógenos como la mutilación corporal, que implica cortar, cercenar o lesionar de forma permanente una parte del cuerpo (deformaciones esqueléticas, dentarias, escarificación, tatuaje, circuncisión, ablación del clítoris y perforaciones), desde una visión epidemiológica juvenil, dada la carencia de estudios en el tema y en el país.

El trabajo centra su interés en las vertientes de la psicopatología (conducta compulsiva asociada con trastornos ansioso-depresivos, de personalidad —limítrofe—, parafílicos sexuales —sadomasoquismo—, o psicosis) y las complicaciones médicas de las prácticas autoagresivas:

- *locales* (psoriasis, sensibilidad al pigmento, esclerodermia, induración e infecciones *in situ,* desgarro tisular, reacciones hipersensibles, cicatrices, dolor

crónico, lesiones bucodentales);
- *sistémicas* (gangrena, sífilis, tuberculosis o lepra) y otras infecciones bacterianas (chancroide y tétanos) e infecciones virales (verrugas, vaccínea, hepatitis B y C y VIH/sida, entre otras.

A la luz de estudios internacionales, la población afectada son los grupos adolescentes y adultos jóvenes, cuyo desempleo y falta de participación religiosa se correlacionan positivamente con su práctica. Asimismo, el trastorno se correlaciona con la opinión de una salud mental reducida, mientras la perforación corporal hace lo propio con el tipo de comportamiento denominado de búsqueda de sensaciones nuevas e intensas.

Además de la búsqueda de aceptación de sus pares, las razones para practicar perforación corporal parecen estar dadas por la percepción/reacción a las condiciones negativas vividas a lo largo de la vida (resentimiento), una integración social reducida y un comportamiento guiado por la "necesidad" paradójica de provocación-aceptación, erotismo-dolor. Tal tipo de personalidad (Cloninger, 1987) se asocia con la constante búsqueda de novedad, tendencia heredada de actividad exploratoria y una intensa excitación en respuesta a los estímulos nuevos (mediados por dopamina), cuyos patrones conductuales asociados incluyen impulsividad y excitabilidad.

Distintos estudios muestran que tales adolescentes —y otros que no lo son tanto— exhiben a menudo conductas desviadas e incluso actividades ilegales, donde frecuentemente participan el consumo de psicotrópicos, pandillerismo, juego patológico, delincuencia en todas sus modalidades, fiestas *rave* y demás ambientes donde suelen consumirse tóxicos. Los portadores son más proclives a participar en conductas de riesgo sexual, homosexualidad y otras; muestran más trastornos alimentarios, actividades sexuales múltiples y de riesgo a la salud, ideación e intentos suicidas.

Por último, se destaca la suicidalidad y algunos conceptos psicodinámicos de utilidad para comprender el fenómeno en su real magnitud, sin intentar simplificarlo, antes de enunciar las recomendaciones de los organismos internacionales para promover los programas educativos comunitarios.

Resulta esencial que el profesional de la salud y educativo, líderes comunitarios, padres de familia y demás personas interesadas y de alguna manera dirigentes —no sólo partícipes— de la comunidad entiendan al menos cómo las diferencias culturales influyen sobre el comportamiento humano. Se plantean las recomendaciones pertinentes a las personas que optan por la autoagresión corporal.

* Congreso Internacional de Adicciones, 2007, Modelos de Vanguardia para la Atención, México, D. F., Centros de Integración Juvenil, A. C., 22-25 de octubre de 2007.

XVIII. OBSTÁCULOS Y RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE ABUSADORES/ADICTOS A PSICOTRÓPICOS

LA ADICCIÓN es una enfermedad cerebral crónica que modifica la expresión de los genes y el funcionamiento de los circuitos cerebrales, afectando el autocontrol y el comportamiento de la persona. En la actualidad este fenómeno rebasa los esfuerzos institucionales del mundo a causa de su inconmensurable oferta, correspondiente a una demanda igual o creciente de usuarios potenciales, derivada de la diversidad de sustancias ofrecidas a la venta; los precios bajos y diseminados a lo largo y ancho del país; la aparición de nuevos psicotrópicos, motivaciones, vías de administración y modalidades de consumo; la falta de efectiva vigilancia para contrarrestar su distribución; la facilidad de alcanzar el acceso infantojuvenil a través de amplias redes dinámicas de distribución de narcotráfico, factores todos que, entre muchos otros, representan diversificados obstáculos para su tratamiento (Souza, 1998a).

A ello se suma una marcada desproporción de la oferta-demanda de servicios terapéuticos asistenciales; alta prevalencia de automedicación y su tolerancia social; proliferación de iniciativas, técnicas, enfoques, sin aval científico, y discrepancias entre sus actores; documentada iatrogenia en el manejo clínico y su rehabilitación a largo plazo; deficiente reinserción social; investigación escasa, no coordinada, e ínfima publicación de resultados; omisión y deficiencias técnicas en el manejo de comorbilidad adictiva y psiquiátrica; deficiencia procedimental para la prevención y el manejo de VIH-positividad; insuficiencia de personal y pobre capacitación clínica; ignorancia u omisión de las recomendaciones clínicolegales que afectan las acciones rehabilitatorias; escasa producción de material educativo.

Entre los factores que afectan la respuesta institucional antiadictiva se cuentan el abordaje equivocado empleado para conceptualizar judicialmente el problema en las comunidades: castigo/sanción *versus* tratamiento; gran demora y/o deficiente participación (resistencia) en la consulta, con rechazo del tratamiento motivado por ignorancia y prejuicios; insuficiente despliegue de medidas informativo-educativas en la comunidad; escasez de programas

comunitarios, disponibilidad, diseño, cobertura, en especial respecto a sus alcances terapéutico-rehabilitatorios; pobre evaluación clínica temprana; poca disponibilidad comunitaria de programas educacionales a nivel escolar y laboral y difícil acceso a tratamiento ambulatorio o residencial en las localidades con alto consumo (Souza, 2007a).

En consecuencia, las dificultades a vencer se orientan hacia la mitología popular prevaleciente, que afecta la atención institucional y atenta contra su carácter científico; la deficiente preparación técnica del personal; la ignorancia y omisión de la herramienta técnica (historias clínicas, cuestionarios, etc., destinados al fomento de una visión teórico-práctica para la terapéutica); el uso inapropiado de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, que impide la consolidación de la conceptualización nosográfica en la clínica y sus respectivos informes y restringe la comparación bioestadística del padecimiento y su comorbilidad; el desconocimiento o la omisión de la jerarquización e importancia del esfuerzo terapéutico, en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio según la historia natural de la enfermedad; la ignorancia de la predisposición genética de los adictos y la interpretación errónea que éstos y sus familiares hacen del trastorno; pobre o nula conciencia de enfermedad mental; la omisión y el incumplimiento de la normatividad en salud; el rechazo del proceso adictivo como enfermedad y de la condición psiquiátrica o médica de su comorbilidad; el impacto de la naturaleza del ámbito psicofamiliar infantil vivido por los pacientes; el desconocimiento de los rasgos de personalidad en la génesis de los trastornos adictivos; la limitada disponibilidad asistencial social para el tratamiento en las distintas comunidades y la inexistencia de una adecuada operación de redes de apoyo (Souza, 2001d) que satisfaga la necesidad social de alcanzar una más verídica y útil información sociofamiliar respecto a cómo educar a los hijos para favorecer la prevención y, en su caso, el manejo médico y psicosocial (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a).

Por lo tanto, las recomendaciones incluyen la necesidad de homogeneizar los programas de manejo acorde con la historia natural del padecimiento, incluyendo todas las modalidades terapéuticas disponibles en el país, reunidas en la NOM; integrar un glosario lexicológico de términos de adicciones al programa de tratamiento integral de las mismas (Souza, Quijano, Romero y Arroyo, 2005); jerarquizar en la NOM los distintos métodos terapéuticos antiadictivos para su adecuada ubicación en el manejo integral; incluir la visión de salud pública de las adicciones en la visión clínica individual de tratamiento en las instituciones dedicadas a ello en el país; promover la realización de evaluación cualitativa de las organizaciones e instituciones dedicadas a la terapéutica antiadictiva, acorde con las recomendaciones de la ONUDD, e incluir metodologías complementarias de estudio e investigación adecuadas para la complejidad de la patología adictiva (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a). El tratamiento para pacientes con trastornos por consumo de sustancias, TCS, en el

contexto de la estrategia canadiense contra las drogas, novedosa en su momento, sigue siendo hoy una respuesta atinada a la gravedad del problema, en términos de un conjunto organizado de enfoques y estrategias que ayudan a los pacientes a reducir o eliminar el consumo dañino o problemático de alcohol u otros psicotrópicos, y que contribuyen a un funcionamiento personal e interpersonal saludable (Adlaf, Ivis y Smart, 1997).

Para el tratamiento del abuso/dependencia de psicotrópicos es indispensable una red de servicios compleja y variable, con servicios de tratamiento y rehabilitación (desintoxicación, identificación e intervención precoces, valoración y remisión, asesoramiento básico y gestión de casos, intervención terapéutica, asistencia posterior al tratamiento y seguimiento clínico a largo plazo).

Y aunque las modalidades de tratamiento, por eficacia y costo, tienden a ser ambulatorias, se utiliza en ciertos casos el hospital parcial —diurno, nocturno, de fin de semana, etc.— o el internamiento, incluida la atención residencial a corto y largo plazo (Health Canada, 1998), basados en lo que denominaron las mejores prácticas recomendadas por los expertos del área de tratamiento (Varcoe, 1998), que reúnen la experiencia, el criterio y la perspectiva de los autores sobre el tema y aportan un apoyo a las necesidades y enfoques eficaces diferenciados del tratamiento de hombres y mujeres con TCS.

En tal sentido, cabe señalar que el tratamiento de los jóvenes sigue considerándose desde un ángulo unidimensional, pese a que existen pruebas de que unos y otras, especialmente los adolescentes, muestran diferentes necesidades y características de desarrollo.

Además, existen diferencias dadas por el sexo aplicables al tratamiento de los adultos, puesto que las mujeres responden mejor a un modelo relacional de manejo, aunque no hayan sido examinadas con detalle (Spooner, Howard y Mattick, 1996). Investigaciones *ad hoc* han observado que, a pesar de que los patrones de consumo de drogas entre adolescentes de uno y otro sexo pueden ser similares, las mujeres se motivan e incentivan más por el apoyo y las relaciones interpersonales que los varones. Las diferencias documentadas entre los grupos de edad expresan diferencias en aspectos cognitivos u otras de acuerdo con el desarrollo de los grupos de edad (11 a 14 y mayores, de 15 o más), que pueden influir en el tratamiento, pero aún es escasa la bibliografía sobre las implicaciones y diferencias de edad en el consumo juvenil y adulto de psicotrópicos.

Investigaciones recientes han descrito los obstáculos que afectan o limitan el acceso a tratamiento de los pacientes con TCS:

1. los de tipo personal, relacionados con la percepción que los pacientes tienen de sí mismos, falta de conocimientos o problemas personales coexistentes;
2. los relacionadas con la familia y las relaciones de grupo;

3. los estructurales o relacionados con los programas (Adlaf, Ivis y Smart, 1997).

Destacan entre ellos la negación/falta de autorreconocimiento del problema por parte de los afectados, situación por demás común; los valores de grupo y la pertenencia al grupo que pretenden ver "normal" el consumo de drogas; asuntos personales que evitan o racionalizan el acceso (autoestima, problemas de salud mental o cognitivos primarios, propios o derivados del consumo); falta de conocimiento de la oferta institucional y opciones reales de tratamiento; abuso psicofísico por parte de los familiares; problemas familiares derivados del consumo de alcohol y drogas; falta de apoyo o negativa a participar en sus asuntos por cuenta de los familiares; separación o ruptura estructural/funcional de la familia; deficiente educación y prejuicios; falta de programas en la comunidad orientados a la asistencia infantojuvenil en materia de problemas de salud mental; largas listas de espera; falta de accesibilidad a los servicios y programas existentes; falta de personal de salud calificado para dar asesoría a los adolescentes; precaria información a los posibles usuarios y carencia de modalidades de tratamiento residencial especializado.

Asimismo, debe considerarse la incapacidad para identificar los problemas derivados del consumo, en razón de una imposibilidad para conceptualizar ciertos asuntos o bien para utilizar el pensamiento abstracto; temor a analizar cuestiones más profundas subyacentes a los TCS (abuso sexual o emocional), sentimientos de ser invencibles y de "saberlo todo"; tendencia a minimizar los problemas graves, entre muchos otros más (Azrin, Donahoe, Kogan, Bisalel y Acierno, 1994).

Otra barrera personal descrita por los expertos, y ampliamente documentada, es la falta de confianza y presencia de los problemas de salud mental y personales (baja autoestima, depresión, discapacidades de aprendizaje y trastornos psiquiátricos o mentales comórbidos), que mitigan la definición de la necesidad del tratamiento o la capacidad para obtenerlo. Se ha observado que los jóvenes que en algún momento sufrieron abuso físico, sexual o emocional pueden —como consecuencia inmediata o a largo plazo— insensibilizarse y carecer de motivación suficiente para acudir. Se sabe que muchos de estos jóvenes consumen alcohol y otras drogas para hacer frente a sus situaciones personales, sintiendo que no tienen otras opciones.

La población infantojuvenil de uno y otro sexo a menudo no sabe qué programas existen, cómo están organizados y qué podrían ofrecerles, lo cual produce alejamiento del sistema asistencial, y con ello de la posibilidad para detener a tiempo los TCS y sus consecuencias. Además, cuando esta falta general de conocimiento se asocia con una precaria información hacia posibles usuarios de los programas, el resultado es un contacto pobre; cuando éste ocurre, puede tornarse deficiente si no marcha adecuadamente su planeación (Azrin, Donahoe, Kogan, Bisalel y Acierno, 1994).

Por ejemplo, en torno a los obstáculos relacionados con la familia y las relaciones de grupo destacan también varios tipos de obstáculos.

Es posible que los propios padres de jóvenes consumidores tengan problemas de alcohol y drogas que incidan en su capacidad para apoyar o facilitar el acceso de sus hijos a tratamiento. Los padres podrían no apoyar o bien no desear siquiera estar involucrados en el tratamiento, en su afán de negar la gravedad del consumo de drogas de su hijo y el propio. Afirman distintos autores que la ruptura familiar y el abuso de drogas en su seno pueden traducirse en relaciones familiares disfuncionales, donde los padres carecen de capacidad para influir en la toma de decisiones por parte de los jóvenes (Souza, 1996a).

Se ha identificado una cultura de grupo negativa —respecto de los valores y las relaciones de un grupo—, como fuerte obstáculo para que los jóvenes busquen tratamiento para su consumo inicial o para TCS relacionados con el alcohol u otros psicotrópicos. Las actividades y valores de grupo podrían hacer pasar por "normal" el consumo de alcohol y drogas, hasta el punto de dificultar el reconocimiento o la comprensión del impacto negativo del consumo de estas sustancias sobre la salud individual o familiar (Souza, 1988a). De hecho, propiciar una cultura juvenil, si bien tiene sus bemoles, al dar rienda suelta a una variedad de creencias y comportamientos, ofrece, a la par, una alternativa al control y la autoridad que ejercen los adultos, incluso en aquellas circunstancias —lamentablemente frecuentes— en que los valores prevalecientes son negativos (Puente, Gómez Mont, Souza y Espel, 1986).

Los obstáculos estructurales y los vinculados con los programas han sido relacionados con los programas que limitan el acceso de estos pacientes a tratamiento (PNUFID, 2003). Se ha identificado un grupo amplio de obstáculos vinculados con la aplicación de los programas, como la falta de programas específicamente orientados a las necesidades exclusivas de los grupos juveniles (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006). Los programas existentes con frecuencia son inaccesibles, principalmente para las personas que viven en áreas geográficas o poblaciones remotas (ONUDD, 2003a), lo cual, unido a una falta de personal de salud especializado en asesorar a la juventud, hace aún más grande la brecha para una adecuada atención al problema.

Ello va de la mano con la precaria información a los usuarios en relación con el tratamiento de los TCS, dado que los mismos no suelen saber qué tipo de tratamiento está disponible o qué les puede ofrecer (Souza, 2007b). La ausencia específica de tratamiento residencial para los jóvenes que necesitan un entorno intensivo y altamente estructurado se une a las listas de espera de los programas que dificultan un manejo oportuno y a los altos costos (transporte y viáticos, etc.) que limitan el acceso (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a).

Según los expertos, las cuestiones relativas a la *disponibilidad* de los servicios y sus programas siguen siendo la principal dificultad al tratamiento de los TCS (ASAM, 1997); los obstáculos encontrados entre grupos específicos son los

mismos que los que ocurren en otras poblaciones, a pesar de que el énfasis específico en las barreras varía según el grupo. Por ejemplo, los jóvenes en situación de calle y las personas marginadas experimentan todos los obstáculos identificados por las investigaciones, pero de forma más intensa (McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005).

No es usual que este tipo de grupos acuda por sí mismo a programas de tratamiento, pues es poco probable que esté familiarizado con los puntos de acceso al proceso de remisión. Y como puede suponerse, las condiciones de vida altamente estresantes (pobreza, falta de vivienda adecuada, etc.) y el consumo de drogas comórbido de los trastornos de salud mental contribuyen también a que la autorreferencia sea igualmente problemática. Estos grupos presentan una gran desconfianza y hostilidad hacia lo institucional, sin importar a qué se dediquen, soliendo carecer de un apoyo familiar que facilite el acceso al manejo (SAMHSA, 2002).

En el ámbito estructural y funcional de los programas de tratamiento se han identificado distintos factores que actúan como obstáculos para este grupo, limitando la accesibilidad inmediata a los servicios, incluso los urgentes, como la desintoxicación. Los requisitos de admisión a tratamiento podrían resultar difíciles de cumplir para las personas en situación de calle; faltan los servicios accesorios, como vivienda estable y segura, que constituyen requisitos previos para la utilización eficaz del tratamiento (Souza, 2005d; Souza, Quijano, Romero, Arroyo y García, 2006). Entre las barreras llamadas estructurales y de funcionamiento más importantes relacionadas con los programas de tratamiento se ha descrito la mala integración y coordinación de los sistemas de tratamiento para los TCS y demás trastornos de salud mental comórbidos (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005b; Souza, 2007g).

Tal falta de integración guarda relación con las diferencias filosóficas de cada sistema, definición de los papeles a seguir y su enfoque (Souza, 2004e). Investigaciones *ad hoc* refieren que los pacientes describen la relación con las instituciones preñada de malentendidos “culturales”, basados en la equivocada interpretación de sus necesidades; desacuerdo entre el personal encargado del tratamiento de los trastornos de salud mental y los TCS acerca de la prioridad de tratamiento; falta de personal con habilidades al efecto; falta de especialistas a los que pueda tener acceso el sistema de tratamiento de los TCS; descoordinación entre los servicios; contenido limitado de los programas de tratamiento para los TCS que respondan a las necesidades de salud mental de los pacientes y viceversa; falta de gestión coordinada de casos y sobredefinición de los papeles, estructura y proceso a seguir (ONUDD, 2003a; Souza, 2007b).

Se ha identificado también la incapacidad del sistema de tratamiento de los TCS para generar diagnósticos exhaustivos que ayuden al personal a administrar eficazmente el manejo; falta de personal de salud formado para manejar tanto los TCS como otros asuntos relativos a la patología mental, e inexistencia de

programas especializados con capacidad de tratar a pacientes con ambos tipos de problemas (ASAM, 1997; McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005; Souza, 2005d). Además, los abusadores/adictos endovenosos VIH positivos muestran obstáculos personales importantes, aislamiento y marginación (emocional y física) respecto a los sistemas asistenciales (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y García, 2006); alto nivel de desconfianza y hostilidad hacia las instituciones, que revela la existencia de problemas difíciles, o negativa a participar en su tratamiento (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005b).

Los obstáculos estructurales relacionados con los programas se centran en la falta de programas eficaces de mantenimiento con metadona destinados a pacientes venousuarios con TCS y la carencia de servicios especializados que distingan las necesidades de estos pacientes y las de los VIH positivos. De hecho, los pacientes VIH positivos están aún más marginados, y tienen poco en común con los demás pacientes bajo tratamiento. Por lo tanto, es necesario que los programas cubran sus necesidades prácticas (agujas limpias) sin imponer "condiciones" al acceso o ayuda que se presta en la fase temprana del tratamiento (SAMHSA, 2002).

Los pacientes de minorías étnicas y culturales experimentan un conjunto de creencias que desalientan el reconocimiento, análisis y abordaje de los TCS. Algunos grupos de ayuda mutua podrían apoyar a los jóvenes para que recibiesen ayuda de redes informales de apoyo antes de que actúen los recursos externos basados en la comunidad (Souza, 2007g). En algunos casos incluso un malentendido se convierte en un obstáculo para el acceso al tratamiento, sólo por ser reflejo de conflictos intergeneracionales. Asimismo, la falta de sensibilidad, de habilidades transculturales y de formación puede tornarse restrictiva en ciertas poblaciones; el idioma, por ejemplo, se considera un importante obstáculo que impide el acceso a servicios y recursos. Los padres, y en ocasiones los propios pacientes, podrían no estar suficientemente familiarizados con el idioma para apoyar el tratamiento o participar del mismo (Souza, 2004e).

La falta de información de la población, en especial de los integrantes de comunidades minoritarias, suele ser una barrera infranqueable. De ahí que los programas eficaces incluyan: información a los usuarios, facilitada expresa y directamente en la calle; uso de enfoques étnicos y culturales específicos que remonten las restricciones lingüísticas. Y como los integrantes de algunas comunidades indígenas suelen tener barreras familiares, comunitarias y estructurales, pueden bloquear el acceso a los programas.

Entre las personas indígenas se han descrito características *sui generis* en relación con entornos de "consumo" de drogas que pueden ser más problemáticos, como el consumo de alcohol en aquellas comunidades donde los padres no suelen pedir ayuda debido tanto a factores comunitarios como a su propio historial de abuso o ruptura familiar. De ahí que los programas de tratamiento suelen ser culturalmente inadecuados para las personas procedentes

de comunidades indígenas. Otros obstáculos estructurales identificados incluyen la ausencia de tratamiento disponible tanto en el sistema judicial como en el de salud; que el enfoque correccional no suele ofrecer tratamiento, y el sistema de salud podría no brindarlo a los delincuentes juveniles, principalmente cuando las cuestiones legales continúan pendientes. Además, el personal de las correccionales puede carecer del conocimiento y la comprensión necesarios para brindar una opción terapéutica, no procediendo a remitir a los jóvenes a los programas adecuados basados en la comunidad. Los pacientes bajo tratamiento por imperativo legal están inmersos en una "subcultura cerrada" que dificulta el manejo, dado que se caracteriza por la secrecía y la fidelidad grupal (Ho, Tsuang y Liberman, 1999; Heinrich y Lynn, 2002).

Se ha documentado una amplia gama de asuntos relacionados con la negativa o el temor a reconocer los problemas de consumo de drogas como impedimentos al tratamiento. Estudios realizados en pacientes entrevistados informan de numerosos problemas personales, legales, financieros, laborales y relacionales, que identifican problemas específicos vinculados con el consumo de drogas, pero sin considerar su *propio* consumo como problema ("Del cuanto al porqué...", *Salud Pública de México,* 1997).

La estrategia canadiense, en la que se basa este capítulo, propone un concepto operativo acerca de las mejores prácticas, derivado de la integración de sus áreas:

1. *Ubicación y accesibilidad del tratamiento,* basada en que los programas de tratamiento de los TCS desarrollen —según las necesidades del abusador/adicto— relaciones de colaboración y apoyo a largo plazo con las personas que laboran con ellos, y que éstas se ubiquen en los lugares de reunión de los usuarios (centros comerciales, educativos, de salud mental, clubes, instalaciones recreativas, etc.) para promover entre los pacientes las mejores condiciones de acceso posibles (lugares, fechas y horarios).
2. *Enfoque y filosofía de los programas.* Destaca un enfoque de aceptación, respeto y abstinencia de juicios sobre los pacientes; familiaridad con la realidad y uso de lenguaje adecuado a ellos, como en el caso de adolescentes, en los cuales las metas y el objeto terapéutico los determina la persona afectada, haciendo del programa una acción más útil y fácil de cumplir que cuando es impuesta; establecimiento de un entorno de manejo físico y emocional seguro donde los pacientes se sientan protegidos y cómodos, que permita satisfacer las necesidades básicas.
3. *Estrategia de información a los usuarios.* Considera que los profesionales (profesores y asesores de los centros educativos, trabajadores de salud mental, personal que trabaja en la calle, etc.) constituyen el punto de contacto con los pacientes, enfatizando la necesidad de que el personal de salud mantenga relaciones de apoyo y colaboración, a efecto de promover y facilitar el ingreso.

En ella siempre debe incorporarse a los familiares que puedan prestar apoyo, incluso antes del contacto con los pacientes.

4. *Estructura y contenido de los programas*. Se centra en el apoyo al compromiso del paciente para que se involucre de inmediato, ofreciendo diversas actividades recreativas (divertidas y no amenazantes), establecidas en una relación de confianza con el personal. La adhesión terapéutica, por ejemplo, se menciona en la bibliografía como una cuestión múltiple y compleja, enmarcada dentro de una gama de servicios relacionados con la salud, donde las *mejores prácticas* devienen especialmente útiles. Es un hecho que los pacientes que abandonan el manejo en una fase temprana tienen una probabilidad mucho mayor de reincidir en el consumo perjudicial (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006), en especial aquellos que no acuden por su voluntad (Souza, Quijano, Romero y Arroyo, 2005). De ahí que la recomendación para la adhesión requiere: *a) valoración,* que incluye, sobre todo en la fase inicial, la adaptación del paciente al tratamiento, destinada a su preparación respecto de los objetivos y métodos del tratamiento; *b) disponibilidad de materiales científicos informativos, al paciente y su familia,* relativa a los programas de tratamiento, presentada de modo sencillo, creativo e interesante.
5. *Filosofía y enfoque de los programas*. Plantea que tanto una comprensión/aceptación de las recaídas como una orientación específica a la reducción de sus riesgos y peligros constituyen el enfoque óptimo que apoya la adhesión al tratamiento. Este doble enfoque incluye: *a)* la aceptación de las recaídas como parte inevitable de la rehabilitación, interpretando los episodios, no como fracaso, sino como oportunidad de aprender acerca de los factores que desencadenan el consumo y sus modos de reducción; se parte de la necesidad de concentrarse en las metas que las personas forjan en sus vidas, así como el impacto que el consumo tiene sobre ellas, en lugar de concentrarse en el consumo de drogas y sus consecuencias; *b)* el desarrollo de una relación de apoyo a largo plazo entre el paciente y el personal que acepte la reincidencia y la analice; *c)* la presencia en los programas de estrategias que apoyen una renovación del compromiso de los pacientes con el tratamiento, en particular cuando hay recaída. El doble enfoque permite la participación del paciente en la fijación de los objetivos y la planificación del manejo a modo de contrato, que concibe flexiblemente el resultado del tratamiento. De hecho, el "éxito terapéutico" no siempre es claro, dado que las necesidades y condiciones de cada uno son variables y cada quien aprende a su propio ritmo. El enfoque respetuoso y de apoyo por parte del personal se considera uno de los factores más importantes que favorecen la adhesión terapéutica.
6. *Información a los familiares de los usuarios*. Es decisiva de la participación en el tratamiento; el compromiso mínimo de un miembro de la familia (hermano o uno de los padres) se considera esencial. Se parte del reconocimiento de que

las familias tienen necesidades diversas (terapia, educación y apoyo) que los programas deben abordar. En ocasiones el trabajo en una fase temprana con los padres u otros familiares constituye el punto de entrada al tratamiento.
7. *Contenido de los programas*. Se estima que el enfoque psicoeducativo es el modo óptimo de conservar los pacientes, al cual se aúna la oferta de un entorno seguro, divertido y que incorpore una gama de actividades recreativas.
8. *Necesidades de los grupos específicos*. Los pacientes en situación de calle, indígenas, población indigente y menesterosa, así como otras personas de condición depauperada o minoritaria, requieren un entorno terapéutico seguro y estable. Las personas provenientes de comunidades indígenas necesitan programas que incorporen las creencias y prácticas de su comunidad. Las recomendaciones respecto a la adhesión juvenil al tratamiento en la bibliografía no son amplias, pues la información está orientada a los adultos. Los principales predictores de ésta incluyen una mezcla de variables demográficas, familiares y relativas a los programas: edad, nivel de educación, tipo de psicopatología —depresión—, grado de apoyo de la familia y los amigos, nivel de abuso previo de drogas, cuestiones relativas a la conservación, condiciones de vida estables o inestables.

Cierto número de elementos de los programas de tratamiento se han asociado con la adhesión terapéutica en adultos (revisión y valoración continua del progreso; atención a los asuntos psicológicos, atención a las necesidades familiares, atención individual, mayor atención a los pacientes de tratamiento más recientes, sobre todo en escenarios residenciales).

Un programa de tratamiento con mayor probabilidad de conservar la adhesión de sus pacientes incluye: altos niveles de apoyo a la espontaneidad individual; apoyo a la actividad del paciente y al desarrollo de su autonomía; orientación práctica y personal de la solución de los problemas y estímulo a la expresión de sus sentimientos; nivel razonable de orden y organización; claridad del programa y control del personal (destinados a garantizar la seguridad de los pacientes). Un entorno seguro tiene más posibilidades de producir la adhesión terapéutica a más largo plazo. El programa de tratamiento de los TCS en abusadores/adictos supone la valoración y ponderación de factores múltiples: nivel de toxicidad, efectos del abandono del consumo y la consideración de cuestiones médicas, interpersonales y ambientales (cuadro XVIII.1).

En tal sentido, se recomienda que los programas de tratamiento sean integrales y exhaustivos; abordar una variedad de problemas (prácticos, de abuso infantil, etc.) por medio de una gama de estrategias (asesoramiento, formación en habilidades, apoyo y canalización, etc.) y abarcar la reducción de los riesgos y peligros. Si bien la abstinencia sigue siendo una meta útil, la mayoría de los pacientes no están dispuestos a cambiar su vida radicalmente; por lo tanto, la

abstinencia a largo plazo es meta poco alcanzable al inicio y necesita una estrategia previa de *minimización de peligros*.

Como las necesidades y experiencias de los jóvenes difieren esencialmente de las adultas, debe evitarse en ellos un enfoque terapéutico orientado a mayores. El tratamiento debe verse como un proceso, y no fraccionarlo en una serie de acontecimientos; comprender que el consumo de drogas tiene una "función" para los jóvenes (acalla malestares) representa, paradójicamente, el principio de desmitificación del uso de psicotrópicos cual si fueran medicinas. La formación en el desarrollo de habilidades y en estrategias para afrontar situaciones debe incluir el análisis cuidadoso de estas necesidades (psicodinamia) (Thall, Millikan y Sung, 2000).

Implicar a los pacientes en su desarrollo, y la aplicación y revisión de las reglas y fronteras de los programas de tratamiento, permite evitar estigmas. Es mejor diseñar el programa entre ambas partes, para que la colaboración libere a los pacientes de la presión de identificar y acceder a una gama de recursos por sí mismos, incluida la familia (U. K. Health Department, 2002). Estudios internacionales destacan la importancia de un tratamiento flexible, de valoraciones formalizadas que traduzcan una adaptación adecuada del programa de tratamiento a los pacientes, de la participación de la familia en la terapia y la oferta de un abanico de servicios accesorios de apoyo (Rounds-Bryant, Kristiansen y Hubbard, 1999).

El uso del *modelo de capacitación* es útil para mejorar los resultados de los pacientes en una variedad de escenarios, de la prevención a la intervención, e incluye los valores óptimos del tratamiento, identificados como: la orientación hacia la fortaleza del sujeto y el apoyo a la autocorrección; la utilización de la teoría del cambio orientada al desarrollo (nuevas percepciones y capacidades conducen a un nuevo conocimiento, que conduce a nuevas elecciones) y la valoración de las crisis y los conflictos como impulsos de la acción, así como el cambio a la utilización de un lenguaje de capacitación, favorecen el desarrollo de actividades de apoyo y participación en la comunidad (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b).

Los enfoques y métodos terapéuticos que favorecen a los pacientes con TCS se concentran en problemas de salud (trastornos alimenticios), asuntos personales (salud mental, autoestima o necesidades derivadas de los cambios relativos al desarrollo) o interpersonales (relaciones con la familia y el grupo) y la gestión y prevención de las recaídas. La fuerte relación entre el consumo de drogas y la patología mental es semejante a la que ocurre entre problemas de consumo de drogas y relaciones familiares conflictivas (Adlaf, Ivis y Smart, 1997; Spooner, Howard y Mattick, 1996).

En tal dirección, las mejores prácticas destinadas a abordar la gestión y prevención de las recaídas identifican los elementos que apoyan la prevención de recaídas como algo decisivo al manejo, dado que las tasas de reincidencia tras el

manejo son elevadas (35 a 85%), y el proceso de recaída es variable: consumos puntuales, infrecuentes o episodios infrecuentes de consumo excesivo durante varios días (PNUFID, 2003).

El éxito del tratamiento se asocia con la disponibilidad de servicios especiales que apoyen el desarrollo de las habilidades de los pacientes (educación, formación, relajación, educación sexual y recreación); la disponibilidad de actividades recreativas activas y de oportunidades recreativas basadas en habilidades; la participación de los padres o de una figura familiar en el manejo (si los padres pueden contribuir de forma constructiva); la disponibilidad de terapia familiar, terapia conductual familiar y enfoques estructurales/conductuales combinados (PNUFID, 2003).

El estudio posterior a tratamiento de 1 483 jóvenes en más de 30 programas de pacientes internos y residenciales (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b) concluye que los jóvenes que mostraron los resultados más precarios seis meses después del tratamiento tenían el menor número de estrategias y habilidades para afrontar las recaídas. La terapia continuada posterior al tratamiento de los pacientes internos predice resultados positivos. El apoyo de la familia en el proceso de rehabilitación se asocia firmemente con el éxito posterior al tratamiento. La participación de la familia debe ser individualizada para satisfacer las necesidades del paciente y es predictor importante de un resultado favorable (Spooner, Howard y Mattick, 1996).

La estrategia de tratamiento tiende a favorecer la terapia familiar, la formación en habilidades y la terapia cognitiva-conductual, elementos que parecen influir en el resultado terapéutico. Sin embargo, con la terapia familiar no todos los adolescentes cuentan con un apoyo suficiente de sus familias para llegar a los mejores resultados, lo cual disminuye el valor de esta forma de manejo en algunos de ellos (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a). Además, la duración del tratamiento, como se sabe, no puede generalizarse, pues varía en función de las necesidades (mientras algunos necesitan meses o años de tratamiento, otros necesitan de dos a tres meses de tratamiento residencial o algún tratamiento a largo plazo hasta de seis meses, y otros más requieren al menos 30 días, además de asistencia posterior continuada). La población infantojuvenil inhaladora de disolventes podría precisar hasta dos años de manejo.

Una revisión de varios programas de tratamiento para adultos encontró que su duración guarda mayor relación con el éxito del tratamiento en pacientes residenciales que en los externos (PNUFID, 2003). Entre adolescentes se ha arribado a la conclusión de que quienes siguieron tratamiento prolongado (un año, en comparación con los de seis meses) consumían menos drogas tras el manejo y tenían menos problemas asociados. No obstante, el tiempo de tratamiento era menos importante que otras variables del programa de tratamiento, como las características del personal (Souza, 2004a). Éstas se

relacionan con el resultado del tratamiento, y su éxito se describió en relación con su actitud, antecedentes y habilidades (cuadro XVIII.1).

CUADRO XVIII.1. *Principios, valores y directrices del tratamiento*

---

1. La planificación y la administración del tratamiento deben ser altamente individualizadas, debiendo estar centradas en el paciente y dirigidas a él. Herramientas como el modelo de "etapas de cambio" y las entrevistas motivacionales apoyan este enfoque. Acuda y respete donde se encuentren los jóvenes. El tratamiento debe diseñar las acciones que cumplan los planes de tratamiento individuales y apoyar a los residentes a alcanzar sus metas.

2. El enfoque de reducción de los peligros es más eficaz y receptivo a las necesidades de los pacientes a causa de la etapa de la vida en la que se encuentran. Enseñar a la juventud a mantenerse a salvo es la piedra angular de este enfoque. Mantenga a los pacientes tan seguros como sea posible en términos de reducción de los peligros. Si van a consumir, enséñeles cómo pueden hacerlo con seguridad, aunque la mayoría de ellos vence la adicción. Ofrecer un puesto de trabajo es garantizar que venzan su adicción sin peligro e intactos.

3. El tratamiento debe ofrecer elección y basarse en ella. Es preferible un modelo ecléctico multidimensional que otro basado en un enfoque unidimensional. El personal de salud debe conocer todos los enfoques disponibles, y pasar de uno a otro, en caso necesario. Ofrezca un menú de oportunidades.

4. El tratamiento debe considerar a los jóvenes dentro de un sistema (familiar, grupal, comunitario), y el personal debe facilitar la relación con los pacientes.

5. Escuche con atención lo que el paciente dice sobre la comunidad y sobre quiénes son los trabajadores de la comunidad a los que respetan. El clima del tratamiento debe ser atento, respetuoso, seguro y abierto. En el programa no hay cuestión que no se pueda discutir.

6. Ofrezca un sentido de compartición, de vivir en un lugar seguro y con afecto. Respételos como seres humanos y trátelos como tales. Siempre que sea posible, las familias deben desempeñar un papel importante en el tratamiento. Si por el momento no hay una familia "estable", se debe crear una familia de adultos "importantes". La familia debe participar, y si el joven no la tiene, se crea una "familia de elección" con las personas de la comunidad que deben ser su familia.

7. Es necesario que el tratamiento considere las necesidades de los pacientes, ofreciendo orientación (espiritual u otra) a quien la solicite; por lo tanto, hay que lograr que asistan a sus ceremonias tradicionales.

8. Los programas deben incluir el principio del "tratamiento menos invasor" como primera opción, basándose en una valoración adecuada y en una

adaptación del tratamiento. Es un error imponer un programa de mano dura altamente intensivo.

9. El personal de salud debe respetar y valorar a los pacientes en tratamiento, confiando en su motivación básica y su valor. Las personas valen; aunque generen problemas saldrán adelante. Ayude a los adolescentes a crear una historia más consistente de sí mismos: que *son valiosos, que conseguirán trabajo,* etc. Enséñeles otras maneras de verse a sí mismos.

10. Siempre que sea posible, el aprendizaje debe basarse en la experiencia y tener lugar en una variedad de lugares. Administre un tratamiento basado en actividades (por ejemplo deportes y artes marciales) en la comunidad, estudiando sus intereses y empujándolos para que sigan desarrollándolos.

11. El tratamiento debe estar orientado a lo positivo y no a las deficiencias de la vida. El "modelo del poder de recuperación" es un enfoque útil. Concéntrese en lo positivo, identifique, concéntrese y consolide las fortalezas positivas de los pacientes. Evite pensar en las deficiencias, consolide las habilidades existentes. No los etiquete como adictos, esto no les da margen para mejorar.

12. El tratamiento debe estar orientado a la creación de habilidades específicas que mejoren la autoestima. Un objetivo clave consiste en mejorar la competencia de cada uno en diferentes aspectos de su vida, lo que les ayudará a aprender a tomar decisiones. Ofrecer a los pacientes una caja de herramientas que les posibilite comprender qué necesitan hacer en beneficio propio, cómo pueden tomar decisiones responsables, cómo fijar metas y alcanzarlas.

FUENTE: Modificado de Health Canada, 1998.

En términos actitudinales, se estima que un terapeuta más eficaz lo es por ser capaz de mostrar respeto y confianza, minimizar la estructura de poder jerárquico y trabajar en colaboración con los jóvenes. El aspecto más importante de los antecedentes del personal fue su capacidad para hablar con familiaridad y experiencia de cuestiones de importancia para los pacientes, destacándose la familiaridad directa con distintas culturas y con cuestiones relacionadas con la orientación sexual. En términos de habilidades específicas del personal de salud, se espera que esté formado adecuadamente, comprenda las cuestiones de desarrollo y los cambios de los pacientes, así como las herramientas conceptuales, como el modelo de "etapas de cambio" (Faist y Harvey-Jansen, 1994), y la realización de entrevistas motivacionales (Chinman y Linney, 1998; Bergmann, Smith y Hoffman, 1995). Las relaciones positivas de apoyo por medio del trabajo grupal fueron consideradas componente valioso de la práctica clínica.

Sin embargo, es claro que no a todos los pacientes les va bien en los grupos, en especial cuando provienen de minorías. Las características más importantes que se solicitan del personal de salud son: actitud laboral positiva, ser respetuoso

y poder mostrar confianza; saber minimizar la estructura de poder que permita una relación productiva durante y después del programa; que ayude a los pacientes a redefinir un nuevo yo positivo, a efecto de modelar un estilo de vida saludable.

El personal de salud debe ser un grupo comprometido con los pacientes, relajado y afectuoso, espontáneo, objetivo y capaz de "ponerse al nivel" de los demás; haber superado sus propios asuntos psicosociales, pero ser capaz de recordarlos y ser receptivo a los mismos; capaz de proyectar confianza, pues la calidad global de la relación del personal con los pacientes representa la mayor varianza en los resultados. Se ha documentado un grupo de características positivas y deseables para el personal de salud provenientes de distintos estudios, que incluyen: sentido del humor, capacidad para dar aliento, para desarrollar una relación cálida y de apoyo; reforzar una conducta positiva, falta de confrontación y franqueza.

La capacidad de un terapeuta para entablar una relación cálida y útil con el paciente, junto con una "alianza productiva", en especial en la fase temprana del tratamiento, guarda correlación estrecha con el resultado del manejo, al igual que la coherencia al aplicar procedimientos de manejo establecidos. Un estudio comparativo de cuatro "tipos" diferentes de proveedores de tratamiento encontró que los más eficaces son los mejor organizados, que ven a los pacientes con frecuencia, llevan mejores notas de los casos, son más coherentes en la aplicación de las políticas de los programas y remiten con frecuencia a los especialistas (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

Los asesores *más* eficaces anticipan los problemas en la vida de cada uno de sus pacientes, y desarrollan estrategias en colaboración para ayudar a solucionarlos. Amén de las tradicionales fallas imputadas a los pacientes o a sus familiares para el acceso a programas de tratamiento de los TCS y el mantenimiento de la adhesión terapéutica, existen muchos obstáculos institucionales de carácter estructural relacionados con tales programas, los cuales pueden ir desde su ausencia en la sociedad, pasando por la inaccesibilidad geográfica a los servicios, o la falta de información a los posibles usuarios, hasta las largas listas de espera y la nula evaluación operacional de los programas (Joanning, Quinn, Thomas y Mullen, 1992).

Otros, provenientes de grupos específicos (consumo de drogas comórbido con trastornos mentales/psiquiátricos), se relacionan más con la coordinación y la prestación de los servicios, mientras que las creencias y prácticas culturales y familiares representan restricciones para ciertos grupos, en especial los de minorías étnico-culturales. Se han desarrollado recomendaciones sobre las mejores prácticas referentes al acceso a los programas de tratamiento y al compromiso con éstos, en relación con la ubicación física del tratamiento, el enfoque y la filosofía de los programas, la información a los posibles usuarios, el contenido y estructura de los programas de tratamiento que los rigen.

Todos ellos se consideran elementos decisivos de una estrategia de información a los usuarios, como la importancia de la presencia física del personal de los programas en los lugares donde interactúan los grupos juveniles, y el apoyo directo y la formación del personal de salud de tales instituciones, organismos de salud y educativos, que atienden o participan de esta problemática. A ello se suma la visión realista de las recaídas como parte de la enfermedad adictiva; una orientación específica a la reducción de los riesgos y peligros; un enfoque flexible de tratamiento individualizando a cada paciente y la implicación de la familia en el manejo, todo lo cual constituye el enfoque esencial para la adhesión terapéutica.

Asimismo, un enfoque psicosocial orientado a la creación de habilidades, actividades culturalmente adecuadas y un componente recreativo se consideran elementos sustanciales para el manejo de los abusadores/adictos a psicotrópicos. Se han identificado las prácticas óptimas que permiten abordar cuestiones interpersonales y relativas a la salud física y mental de los pacientes, así como la gestión eficaz y la prevención de recaídas (exhaustiva valoración clínica de la salud física; respuesta integral a los asuntos de salud; aspectos esenciales sobre educación nutricional; diseño de un estilo de vida saludable; enfoques prácticos y creativos para la génesis de habilidades; participación de los padres en el programa de tratamiento; enfoque de "aprendizaje" para la eliminación de recaídas y énfasis en el trabajo grupal, así como en las interacciones de apoyo) (Feigelman, Hyman y Amann, 1988). Se identifican también como mejores prácticas las características específicas del personal (respeto y confianza en el marco de un enfoque "horizontalizado" y no jerárquico, aceptación y comprensión de las recaídas como parte de los TCS y la capacidad para modelar estilos de vida saludables a partir de la experiencia terapéutica).

Es conveniente enfatizar la importancia de separar a la población infantojuvenil de la adulta, debiendo ofrecer acceso a los programas de tratamiento institucionales y a un tipo y duración de manejo adaptados específicamente a las necesidades de cada paciente, como lo propone la normatividad en el país (Prochaska, 1992). El "éxito" del tratamiento no es sólo asunto de costo-beneficio; debe incluir una evaluación multidimensional de la gama de opciones relativa a la "calidad de vida", una valoración biopsicosocial de los pacientes y la eliminación o, en su defecto, reducción del consumo de psicotrópicos (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006; Souza, 2007g).

RESUMEN

Se revisan los principales obstáculos que limitan el acceso a los programas de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, TCS, en pacientes con abuso/dependencia de psicotrópicos, a partir de los datos producidos por la

bibliografía contemporánea. Esta breve descripción ilustra un grupo de actividades institucionales inherentes a los servicios, planeación, acción y personal de salud, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación a largo plazo, que tradicionalmente se han señalado como recomendación para el logro de la mejoría operativa de los programas de tratamiento, en aras de la construcción de una más eficaz herramienta profesional de trabajo basada en la relación médico-paciente. Se plantean recomendaciones en materia de modificaciones al esquema institucional y operativo del personal de salud que labora en estas unidades, centrándose en la obtención de una actitud positiva y respetuosa; muestra de confianza; minimización de la estructura de poder que permita una relación productiva durante y después del programa de tratamiento; que ayude a redefinir un nuevo yo positivo, a efecto de modelar un estilo de vida saludable; espontaneidad, objetividad, proyectar confianza, mostrar sentido del humor, alentar sin confrontación, y franqueza para desarrollar una relación cálida y de apoyo a los pacientes a su cuidado. Se señala la importancia de la prevención de recaídas y la participación de la familia en el manejo, para favorecer la adhesión terapéutica, y algunas pautas convenientes de modificación de los programas de tratamiento enfatizando los principios, valores y directrices de éste.

XIX. SUICIDIO Y ADICCIONES*

EN REALIDAD nadie sabe por qué los humanos cometen suicidio. La conducta resulta de la supresión intencional de la propia vida. Se trata de un fenómeno directamente resultante de la conducta humana bajo una complicada tendencia autodestructiva, que se sabe puede estar influida por distintos factores condicionantes.

El intento implica una clara e intrínseca conceptualización de la muerte, combinada con el deseo de morir, o por lo menos con el deseo de no vivir. Al efecto, existen diferentes complejidades que dificultan la posibilidad de una definición, aunque se han clasificado las conductas manifiestas y así se ha podido categorizar, desde el punto de vista clínico, la conducta autoagresiva del suicidio (Souza, 1988a).

Las principales categorías descritas en la bibliografía son:

1. intencional;
2. subintencional;
3. inintencional;
4. contraintencional (Souza, 1988a).

La palabra "suicidio" se utilizó por primera vez en inglés en el *Oxford English Dictionary* en 1651, por sir Walter Charleton. Se tiene noticia de que dos de los primeros y más importantes investigadores han sido Émile Durkheim (1858-1917) y Sigmund Freud (1856-1939) (Farberow y Schneidman, 1969).

El primero de ellos afirmó: "el suicidio resulta del crecimiento de la sociedad y de la debilidad y pérdida de control que tiene sobre los individuos". Y como resultado de sus estudios lo clasifica en:

1. altruista, el que literalmente es requerido por la sociedad, como el *harakiri,* que en personas sin opción es honorable dentro de su núcleo social, donde puede ser bien visto;
2. el egoísta, que ocurre en sujetos con pocas raíces y uniones con la sociedad y la comunidad en la que vive;

3. el anómico, el que ocurre entre individuos motivados a ello por pérdida de trabajo, falta de amigos, reveses de fortuna, etc. (Durkheim, 1987).

Hoy, a partir de la experiencia clínica y el manejo de los parasuicidas y demás personas que rondan el acto hostil, se pueden agregar otras categorías:

1. pasivo;
2. activo;
3. sincero;
4. exhibicionista (Schneidman, 1980).

Para Freud, el suicidio se ubica en la mente del sujeto desde que los hombres se identifican ambivalentemente con objetos de amor introyectado. De modo que un individuo se mata a sí mismo para tratar de matar la imagen de amor y odio que tiene respecto al padre a quien intenta hacer sufrir.

Es un acto relativamente frecuente y drástico; su frecuencia en pacientes adictos, psicóticos, depresivos, ansiosos y aquellos con trastorno mental, compulsivos, etc., reúne ciertas características psicológicas que lo hacen posible. El conflicto entre la tendencia biofílica y la tendencia de muerte contrasta con el atentado, que en la mayor parte de los casos es precursor del suicidio verdadero (Freud, 1957).

Su epidemiología es más o menos conocida en las sociedades modernas, pues de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud diariamente se suicidan cerca de 2 000 personas. Sin embargo, la tasa tiende a variar extremadamente en los diferentes países. Por ejemplo, en los estados árabes es de 0.1 por 100 000 habitantes; en Alemania, de 35.9, en Inglaterra y Escandinavia, de 10.2.

En los últimos años las tasas se han incrementado rápidamente, al margen de otros factores (mejores métodos de registro y mayor sobrevivencia). Es más frecuente en algunas épocas del año, con incidencia en primavera y otoño. La tasa calculada en mujeres y hombres es de 2:4.

Por otra parte, el intento suicida es 1:2 mujer-hombre, aunque más varones lo logran. El suicidio en menores de 15 años es raro, si bien las cifras mundiales van en aumento. El promedio de edad de suicidio oscila de 55 a 60 años y el de los intentos, entre 30 y 55 (OMS, 1969).

Las personas solitarias tienen un mayor riesgo suicida y se ha documentado que quienes tienen hijos muestran la tasa más baja. Los solteros representan más del doble que los casados; los divorciados y viudos muestran tasas de cuatro a cinco veces más altas que los casados (Brown, Beck, Steer y Grisham, 2000).

Existe una tendencia al aumento de la incidencia de suicidios en las clases socioeconómicas muy bajas, de la misma forma que en las muy altas. En la clase media, entre los grupos de mayor riesgo están los médicos, y de ellos algunas

especialidades están más representadas que otras, particularmente las que se vinculan más con cargas muy importantes de trabajo, poco descanso y estrés.

Las variables sociales, que siempre participan, muestran frecuencia distinta, y en ocasiones muy alta en estudiantes. Por ejemplo, en Escandinavia se ha comunicado que uno de tres estudiantes muertos corresponde a suicidio (OMS, 1969). Se tiene conocimiento de que en las ciudades el suicidio es mucho más frecuente que en el campo. Los inmigrantes a los Estados Unidos lo cometen en mayor número que los no inmigrantes, y que sus connacionales en su tierra.

En esta dirección es pertinente señalar los factores relacionados con el intento suicida considerados por Poldinger, que son de utilidad para proporcionar una visión clara aunque breve de este problema. El perfil descrito incluye las siguientes características:

1. hombre;
2. edad menor de 45 años;
3. mujer;
4. edad mayor de 45 años;
5. soltero;
6. casado;
7. viudo.

Los factores que pueden estar participando en el intento suicida (Poldinger):

1. divorciado o separado;
2. sin liga religiosa;
3. trastornos mentales;
4. dificultades familiares;
5. conflictos conyugales;
6. problemas sexuales;
7. problemas profesionales;
8. problemas financieros.

Los factores que pueden desencadenar el intento suicida (Poldinger):

1. dolor crónico;
2. crisis biológicas (pubertad, climaterio, preñez);
3. soledad (dolor moral);
4. aislamiento, reclusión en cárcel;
5. insomnio crónico;
6. abuso de drogas y alcohol;
7. esquizofrenia (Kaplan, Freedman, Steer y Grisham, 1994).

Otros factores a considerar en esta conducta son:

1. el pensamiento y los gestos suicidas;
2. presencia de antecedentes familiares;
3. intentos previos.

En torno de la naturaleza del acto suicida se ha documentado que se trata de un suceso drástico: una aventura del éxito por lograrlo; puede resultar tragicómico cuando se fracasa; moviliza ampliamente, en los demás, sentimientos de culpa, deseos de muerte, etc., por lo que es considerado por los clínicos como algo primitivo, en tanto representa un comportamiento impulsivo y motor.

Además, debe señalarse que el concepto de ira proyectada es la contribución más importante de Freud al estudio del suicidio, y la depresión que a menudo lo acompaña es un concepto vigente validado por múltiples estudios contemporáneos. Sin embargo, hoy se interpreta de distinto modo, pues vemos la depresión y los trastornos vinculados a ella como una adaptación de dependencia, y la ira dirigida contra uno mismo como una reacción a la dependencia frustrada.

Sandor Rado afirmó que la expiación de la culpa es un aspecto capital de la psicología de la depresión, al igual que la estructura de la personalidad preparanoide de algunos pacientes deprimidos. Sin embargo la depresión no es indispensable en el suicidio, aunque a menudo es su rasgo más frecuente; por otra parte, la psicodinamia de la depresión no siempre es equivalente a la del suicidio (Schneidman, 1980; Laget, Plancherel, Stephan, Bolognini, Corcos, Jeammet y Halfon, 2006).

En toda constelación de dependencia, con o sin depresión, la actitud hacia el rechazo o el abandono son elementos clave para entender el suicidio como una forma de manejar la agresión. Asimismo, desde el punto de vista psicodinámico son decisivas, aunque paradójicamente muy descuidadas, las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte como fenómeno y con el acto instrumental de morir.

El acto suicida ocurre cuando prevalece una situación a la que “sólo pondrá fin la muerte” o el sentimiento de que la vida no tiene significado y sólo podrá recuperarse a través de un “renacimiento psicológico del ego, envuelto en el conflicto” (Souza, 1988a).

La clasificación de Weiss del intento suicida apunta:

1. suicidio abortado;
2. verdadero intento suicida;
3. gestos suicidas.

Otros aspectos psicopatológicos a considerar en el suicidio, que a menudo son decisivos para su consecución, son:

1. la presencia de psicopatología;
2. protagonista *versus* observador;
3. dependencia;
4. agresión y hostilidad;
5. culpa;
6. angustia (Schneidman, 1980).

Otro investigador famoso por sus aportes al estudio del suicidio es Murray, quien en 1963 clasificó, desde el punto de vista clínico, las orientaciones acerca de la muerte, las cuales siguen siendo de utilidad en el campo clínico.

1. cesación, como detención de la posibilidad futura de cualquier otra experiencia consciente de la vida;
2. interrupción, como forma de cesación donde hay posibilidad futura de experiencias conscientes, forma temporal de cesar, con posibilidad de volver a la experiencia consciente;
3. continuación, como experiencia en ausencia de interrupción, donde a pesar de haber muerte el sujeto hubiera querido continuar con su vida o continuar con sus experiencias vitales;
4. terminación, como detención de las funciones fisiológicas del cuerpo, la muerte en sí misma.

A esas categorías se agregan las conductas que instrumentan propiamente el suicidio:

1. Conducta intencionada. Es aquella actividad consciente para conseguir su propia muerte:
   a) el que busca la muerte;
   b) el que inicia la muerte;
   c) el que ignora la muerte;
   d) el que se atreve a la muerte.
2. Conducta subintencionada. Es aquella caracterizada por la acción indirecta, cubierta, parcial o inconsciente del papel de su propio deceso:
   a) el que ofrece posibilidades a la muerte;
   b) el que fomenta la muerte;
   c) el que se rinde ante la muerte;
   d) los que van “escalando” la muerte hasta que la consiguen;
   e) el que experimenta con la muerte.

3. Conducta inintencionada. Aquella donde los intentos y propósitos contrarios de una persona desempeñan psicológicamente un papel significativo para el deceso:
a) el que le da la oportunidad a la muerte;
b) el que se resigna;
c) el que parece hacerlo para posponerla;
d) el que la desdeña;
e) el que le teme.
4. Conducta contraintencionada. Aquella que alcanza la muerte en ausencia de una clara conciencia o intención letal:
a) el que finge o simula la muerte;
b) el que amenaza con la muerte.
5. Formas clínicas del suicidio por sugestión o imitación:
a) ampliado;
b) pacto suicida;
c) por desesperación;
d) por miedo;
e) por venganza o chantaje;
f) por sacrificio (Souza, 1984a).

Por lo que toca al intento suicida, Schneidman lo definió como: "Las acciones que intenta un sujeto en contra de su vida sin lograr el suicidio" (Schneidman, 1980). Por su parte, otros investigadores han señalado los argumentos para entender los grupos, como:

1. aquellos que han cometido el suicidio;
2. los que a través de las diferentes acciones realizadas solamente lo han intentado, pero no lo han conseguido;
3. quienes han cometido el suicidio pero que previamente lo habían intentado (Beck, Steer y McElroy, 1982).

Otro de los elementos de la dinámica del suicidio interesante para su evaluación clínica completa es la noción de letalidad señalada por Wissman, caracterizada por:

• la intención (la acción y la disposición);
• la implementación (el riesgo y el rescate);
• la intersección (recursos, reorientación, alivio) (Souza, 1984b).

Aspectos psicopatológicos que suelen complementarse con:

1. la presencia de pensamiento suicida;

2. la presencia de antecedentes familiares;
3. los intentos previos (Souza, 1984b).

En ese sentido, cabe señalar un estudio que indica que los síndromes afectivos y los causados por consumo de sustancias tienen excesiva dependencia interpersonal, que en muchos de los pacientes psiquiátricos se liga a tendencias suicidas (Weinstock, Alessy y Petry, 2007).

Dicha dependencia se señala como un importante factor de riesgo suicida en pacientes adictos varones, e incluso en varones sin trastorno mental. Al respecto, se han descrito cuatro variedades:

1. motivación, aquella que se presenta en los pacientes suicidas con marcada necesidad de guía, apoyo y aprobación de los demás;
2. cognitiva, aquella con autopercepción de debilidad y falta de poder para enfrentar las situaciones de índole personal, requiriendo control externo;
3. afectiva, la que muestra la tendencia al temor y la ansiedad cuando se enfrenta a cualquier situación de actuación independiente;
4. conductual, aquella con tendencia a buscar ayuda, soporte, aprobación y reaseguro de otros (Loas, Atger, Perdereau, Verrier, Guelfi, Halfon, Lang, Bizouard, Venisse, Pérez-Díaz, Corcos, Flament y Jeammet, 2002).

En México el suicido ha sido considerado un problema de salud pública (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). De acuerdo con los estudios de Borges *et al.,* durante el año de 1970 hubo 554 defunciones por suicidio, para ambos sexos, y 2 603 en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios en uno y otro sexo pasó de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100 000 habitantes en 1994, lo cual señala un aumento de 156%. Sin embargo, este aumento es más marcado para la población masculina, que vio su tasa incrementada en 169% durante el periodo, contra 98% para la población femenina.

En términos de la mortalidad proporcional, el suicidio pasó del 0.11 al 0.62% de las defunciones. Los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (más de 65 años) y en la más joven (menor de 19 años). De modo que en el último año de la serie, 1994, las tasas más elevadas se observan en la población masculina, especialmente en la mayor de 65 años de edad (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Se ha comentado la existencia de diferencias en cuanto a las tasas registradas entre los distintos estados de la república. En 1994 los de Tlaxcala y México registraron las tasas más bajas, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche.

La parte sureste del país muestra las tasas más elevadas y la zona centro es la de menor incidencia. Así, entre 1973 y 1974 hubo un incremento de 222.05% en la mortalidad por suicidio para uno y otro sexo (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

A partir de 1974 la tasa de suicidio se mantuvo relativamente constante hasta 1985. De 1984 a 1985 la tasa de suicidio para la población total se incrementó 64.56%, alcanzando un nivel del que no ha bajado. Para el conjunto de la población, el suicidio aumentó 156% entre 1970 y 1994.

El suicidio consumado en México se ha estimado como un problema que afecta en mayor medida al sexo masculino. La razón de tasas masculina/femenina para el inicio del periodo es de 4.10 (1.82/0.44) y para el final del periodo es de 5.6 (4.9/0.87); es decir, el diferencial de mortalidad hombres/mujeres no sólo no ha disminuido, sino que se ha ampliado durante el periodo (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

Con respecto a los mecanismos específicos señalados en el certificado de defunción, aunque para ambos sexos éstos son los mismos —mortalidad por sustancias sólidas o líquidas, ahorcamiento, estrangulación y sofocación, y por arma de fuego y explosivos—, hay diferencias en su importancia relativa según el sexo.

En 1994 el medio más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento (53% de las muertes por suicidio), mientras que para las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares (33% y 32%, respectivamente).

El uso de arma de fuego y explosivos le sigue en importancia para los hombres (33%) y para las mujeres (25%) (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). Otros datos más recientes relacionados con el fenómeno autoagresivo se describen en los cuadros XIX.1 a XIX.6, que incluyen uno destinado a mostrar las cifras comparativas a nivel internacional. Por lo que se refiere al suicidio y los trastornos por consumo de sustancias, es preciso señalar que no se ha determinado la relación etiopatogénica entre uno y otro, si bien la bibliografía mundial desde hace varios decenios ha aportado múltiples citas relativas a estudios que las correlacionan.

Lo que no tiene discusión es que se ha sugerido en múltiples ocasiones. Por ejemplo, se ha documentado que la presencia de pesadillas como parte del cortejo del síndrome de abstinencia en pacientes adictos, especialmente a sedantes alcohol-barbitúricos, puede ser un indicador predictivo de la ideación y la conducta suicida (Tanskanen, Tuoilehto y Viinamaki, 2001).

Se especula que ello puede deberse a la doble influencia reverberante de los factores psicopatológicos que prohíjan —ya juntos, ya en forma aislada— la patología suicida en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias (Tiet, Ilgen, Byrnes y Moos, 2006).

Después de revisarse la bibliografía sobre el tema no cabe duda de que el trastorno por consumo de sustancias es un factor de riesgo para la conducta suicida, tanto porque a él subyacen ciertas importantes tendencias autodestructivas como porque las consecuencias inmediatas y mediatas del trastorno empujan a la presencia de desesperación, culpa y autoagresión en los pacientes afectados (Lester, 1992).

Hoy día, a la luz de la información disponible en el ámbito profesional, es indiscutible que el alcoholismo es un factor decisivo para la aparición de tendencias suicidas, aunque hagan falta más estudios que clarifiquen la participación de otros psicotrópicos en ello y que se pormenorice la fisiopatología y se describan los mecanismos íntimos de tal fenómeno.

Los metaanálisis realizados hasta ahora confirman que el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias, en sus modalidades de abuso y dependencia de psicotrópicos, es clínica y estadísticamente significativo como factor de riesgo suicida (McLeod, Tata, Evans, Tyrer, Schmidt, Davidson, Thornton y Catalan, 1998), y representa, al parecer, una de las variables de más peso de todos los elementos analizados al respecto (Harris y Barraclough, 1997).

Sin embargo no puede decirse, a la luz de esa información, que todas las sustancias psicotrópicas capaces de producir dependencia tengan un mismo comportamiento clínico, ni tampoco como disparadores de conductas específicas ligadas a la agresión y la autodestructividad (Souza, 1983). Por ejemplo, la dependencia de la mariguana —aunque se haya debatido el tema respecto a que esta sustancia requiere altas dosis y largo tiempo de consumo para producirla— es, de las de psicotrópicos, la menos relacionada con tales tendencias de riesgo, según reportes internacionales (Allebeck y Allgulander, 1990).

Llama la atención que algunos estudios recientes sobre riesgo suicida señalen la existencia de casos donde la dependencia de psicotrópicos, cuando no alcanza grados severos de afectación, puede no tener relación con el riesgo suicida, o bien puede mantener incluso una relación inversa (King, Baldwin, Sinclair, Baker, Campbell y Thomson, 2001; Powell, Geddes, Deeks, Goldacre y Hawton, 2000), lo cual debe ser adecuadamente valorado y documentado para no confundir el comportamiento conocido de la patología adictiva y su historia natural, cuya nociva evolución ha sido ampliamente documentada (Buckley, 2006).

CUADRO XIX.1. *Suicidios registrados por entidad federativa y sexo según medio empleado, 2008*

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Estados Unidos Mexicanos	4681	60	330	3554	587	44	28	6	72
Hombres	3817	24	191	2935	544	38	21	4	60
Mujeres	864	36	139	619	43	6	7	2	12
Aguascalientes	45	1	1	36	6	0	1	0	0
Hombres	37	1	0	30	5	0	1	0	0
Mujeres	8	0	1	6	1	0	0	0	0
Baja California	126	1	1	109	12	3	0	0	0
Hombres	108	0	1	93	11	3	0	0	0
Mujeres	18	1	0	16	1	0	0	0	0
B. California S.	40	1	1	32	5	0	0	0	1
Hombres	36	1	0	30	4	0	0	0	1
Mujeres	4	0	1	2	1	0	0	0	0
Campeche	76	1	4	64	7	0	0	0	0
Hombres	67	0	2	58	7	0	0	0	0
Mujeres	9	1	2	6	0	0	0	0	0

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Coahuila	151	3	3	119	24	1	0	0	1
Hombres	133	1	2	104	24	1	0	0	1
Mujeres	18	2	1	15	0	0	0	0	0
Colima	31	1	1	18	8	3	0	0	0
Hombres	23	1	1	11	8	2	0	0	0
Mujeres	8	0	0	7	0	1	0	0	0
Chiapas	77	0	20	52	2	0	0	0	0
Hombres	66	0	13	48	2	0	0	0	3
Mujeres	11	0	7	4	0	0	0	0	0
Chihuahua	228	5	8	161	50	2	1	0	1
Hombres	182	2	6	125	46	2	1	0	0
Mujeres	46	3	2	36	4	0	0	0	1
Distrito Federal	333	9	8	252	40	7	7	6	4
Hombres	248	2	5	193	35	5	3	4	1
Mujeres	85	7	3	59	5	2	4	2	3
Durango	73	5	3	41	23	0	0	0	1
Hombres	60	2	2	34	21	0	0	0	1
Mujeres	13	3	1	7	2	0	0	0	0

Guanajuato	301	2	19	236	38	1	1	0	3
Hombres	256	1	11	201	38	1	10	0	4
Mujeres	45	1	8	35	0	0	0	0	1
Guerrero	93	1	30	44	11	3	0	0	4
Hombres	68	1	13	37	11	3	0	0	3
Mujeres	25	0	17	7	0	0	0	0	1
Hidalgo	56	0	2	42	10	1	0	0	1
Hombres	46	0	1	34	10	1	0	0	0
Mujeres	10	0	1	8	0	0	0	0	1
Jalisco	355	1	25	273	46	1	4	0	5
Hombres	294	1	15	225	423	1	4	0	5
Mujeres	61	0	10	48	3	0	0	0	0
México	420	7	30	318	56	1	6	0	2
Hombres	329	2	17	248	54	1	5	5	0
Mujeres	91	5	13	70	2	0	1	0	0
Michoacán	197	4	34	113	37	4	0	0	5
Hombres	149	2	17	89	32	4	0	0	5
Mujeres	48	2	17	24	5	0	0	0	0
Morelos	68	2	9	46	8	0	0	0	0
Hombres	54	0	4	40	7	0	0	0	3
Mujeres	12	1	1	9	1	0	0	0	0
Nayarit	50	1	3	35	9	0	1	0	1
Hombres	38	0	2	26	8	0	1	0	1
Mujeres	12	1	1	9	1	0	0	0	0

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Nuevo León	247	0	3	216	20	2	0	0	6
Hombres	210	0	1	184	18	2	0	0	5
Mujeres	37	0	2	32	2	0	0	0	1
Oaxaca	148	0	16	110	20	0	0	0	2
Hombres	117	0	10	86	19	0	0	0	2
Mujeres	31	0	6	24	1	0	0	0	0
Puebla	150	1	18	108	19	1	1	0	2
Hombres	115	0	9	86	17	1	0	0	2
Mujeres	35	1	9	22	2	0	1	0	0
Querétaro	77	4	5	54	11	0	2	0	1
Hombres	59	3	2	40	11	0	2	0	1
Mujeres	18	1	3	14	0	0	0	0	0
Quintana Roo	136	0	6	121	8	1	0	0	0
Hombres	117	0	4	104	8	1	0	0	0
Mujeres	19	0	2	17	0	0	0	0	0

San Luis Potosí	139	0	6	116	13	0	1	0	3
Hombres	119	0	4	99	12	0	1	0	3
Mujeres	20	0	2	17	1	0	0	0	0
Sinaloa	93	0	1	65	20	2	0	0	5
Hombres	79	0	1	56	16	2	0	0	4
Mujeres	14	0	0	9	4	0	0	0	1
Sonora	194	4	5	150	28	3	1	0	3
Hombres	155	0	2	124	24	3	0	0	2
Mujeres	39	4	3	26	4	0	1	0	1
Tabasco	191	0	30	151	5	2	0	0	3
Hombres	153	0	17	129	4	0	0	0	3
Mujeres	38	0	13	22	1	2	0	0	0
Tamaulipas	143	1	0	114	22	1	1	0	4
Hombres	128	0	0	101	22	0	1	0	4
Mujeres	15	1	0	13	0	1	0	0	0
Tlaxcala	20	0	0	18	1	1	0	0	0
Hombres	14	0	0	12	1	1	0	0	0
Mujeres	6	0	0	6	0	0	0	0	0

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Veracruz	220	3	29	168	15	2	0	0	3
Hombres	188	2	21	146	14	2	0	0	3
Mujeres	32	1	8	22	1	0	0	0	0
Yucatán	160	1	8	145	2	1	1	0	2
Hombres	133	1	7	119	2	1	1	0	2
Mujeres	27	0	1	26	0	0	0	0	
Zacatecas	43	1	1	27	11	1	0	0	2
Hombres	36	1	1	23	10	1	0	0	0
Mujeres	7	0	0	4	1	0	0	0	2

Nota: el cálculo se realizó con base en las defunciones generales (muertes accidentales y violentas) por residencia habitual del fallecido; el total nacional incluye a los residentes en el extranjero. Se refiere a las lesiones autoinfligidas intencionalmente según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10/2.

FUENTE: INEGI, Estadísticas de mortalidad.

Cuadro XIX.2. *Porcentaje de muertes por suicido con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa y sexo del 2004 a 2008*

Entidad federativa/Sexo	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Estados Unidos Mexicanos	8.0	8.1	7.9	8.0	7.8
Hombres	8.5	8.6	8.4	8.3	7.9
Mujeres	6.3	6.5	6.3	6.8	7.5
Aguascalientes	13.7	11.8	13.2	10.6	8.1
Hombres	14.8	12.8	14.6	10.8	8.5
Mujeres	10.2	9.5	9.1	9.7	6.6
Baja California	5.7	5.3	5.7	4.6	5.5
Hombres	6.3	6.0	6.3	4.9	5.7
Mujeres	3.1	2.8	3.5	3.3	4.5
Baja California Sur	13.51	11.9	15.7	12.9	10.9
Hombres	15.3	14.0	18.2	13.7	12.4
Mujeres	7.1	4.2	6.3	9.9	5.3
Campeche	20.5	16.7	16.9	17.1	17.3
Hombres	21.6	17.3	17.3	17.0	18.0
Mujeres	15.9	14.3	14.8	17.7	13.3
Coahuila	13.2	12.6	12.7	10.6	12.5
Hombres	16.0	14.8	14.4	12.2	14.0
Mujeres	4.1	5.2	6.4	4.8	7.2
Colima	12.9	8.2	10.4	8.8	9.0
Hombres	13.6	9.0	11.7	9.8	9.0
Mujeres	10.2	5.9	5.2	5.6	8.9
Chiapas	4.1	6.5	5.2	1.3	3.6
Hombres	3.8	6.4	5.5	1.3	3.6
Mujeres	5.5	7.2	4.0	1.3	3.5
Chihuahua	9.2	10.6	9.3	8.6	4.8
Hombres	10.2	11.2	9.8	9.3	4.4
Mujeres	5.1	8.1	7.1	5.8	7.3
Distrito Federal	9.2	9.8	9.4	9.1	9.6
Hombres	9.9	10.4	9.9	9.6	9.3
Mujeres	6.8	8.2	7.8	7.0	10.6
Durango	7.1	6.3	6.3	6.6	5.4
Hombres	7.6	6.6	6.8	6.9	5.4
Mujeres	5.3	5.3	4.5	3.5	5.6
Guanajuato	7.6	9.2	8.4	11.3	11.8
Hombres	8.3	9.5	8.6	11.8	12.9
Mujeres	5.2	8.5	7.7	9.4	7.9

Entidad federativa/Sexo	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Guerrero	4.6	4.9	2.9	2.6	3.8
Hombres	4.1	5.0	3.0	2.4	3.3
Mujeres	6.8	4.6	2.8	3.5	5.7
Hidalgo	3.6	3.5	4.7	2.4	4.8
Hombres	3.8	2.9	5.0	2.5	5.1
Mujeres	3.2	5.6	3.6	2.1	3.9
Jalisco	10.4	10.8	9.5	9.6	9.3
Hombres	11.1	11.5	10.0	10.1	10.0
Mujeres	8.0	8.1	8.0	8.1	6.9
México	4.8	4.0	5.5	7.4	6.7
Hombres	4.5	3.9	5.4	7.3	6.6
Mujeres	5.8	4.2	5.9	7.4	7.1
Michoachán	5.8	6.9	4.7	4.6	6.3
Hombres	5.9	5.9	4.8	4.6	6.1
Mujeres	5.5	7.8	4.2	4.4	7.4
Morelos	5.1	5.2	4.0	6.1	7.4
Hombres	4.7	5.3	3.8	5.9	7.3
Mujeres	6.8	4.7	4.4	6.5	7.6
Nayarit	6.1	6.4	7.9	6.0	6.9
Hombres	6.5	6.7	8.1	5.8	6.4
Mujeres	4.7	5.0	6.9	7.1	9.2
Nuevo León	14.1	14.1	13.7	13.1	14.9
Hombres	16.2	15.6	15.7	14.1	15.7
Mujeres	8.2	9.7	7.8	9.4	11.6
Oaxaca	5.4	5.8	6.3	6.3	6.8
Hombres	5.9	6.2	6.2	6.4	6.7
Mujeres	2.8	4.3	6.7	6.1	7.6
Puebla	6.9	7.6	7.5	6.6	6.0
Hombres	7.0	8.1	7.4	6.2	5.8
Mujeres	6.7	6.3	7.8	8.0	6.5
Querétaro	8.4	8.8	8.0	9.3	9.8
Hombres	8.9	8.7	8.3	9.1	9.6
Mujeres	6.5	8.9	6.9	9.9	10.4

Entidad federativa/Sexo	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Quintana Roo	11.5	11.3	18.3	25.7	17.7
Hombres	11.1	12.6	19.3	24.8	18.0
Mujeres	13.3	6.0	14.1	29.5	16.1
San Luis Potosí	12.0	9.3	10.9	10.0	11.1
Hombres	13.7	9.5	11.4	10.7	11.6
Mujeres	5.3	8.4	9.0	7.5	8.8
Sinaloa	5.7	6.4	4.8	5.2	4.1
Hombres	6.0	6.7	4.9	5.5	4.0
Mujeres	4.2	5.1	4.6	3.4	5.5
Sonora	11.3	12.0	10.8	10.5	11.5
Hombres	12.9	13.5	12.1	11.9	11.4
Mujeres	4.4	5.6	6.0	5.1	11.9
Tabasco	15.0	15.9	13.4	15.2	13.3
Hombres	15.5	16.3	14.7	15.6	12.8
Mujeres	12.4	13.6	7.8	13.2	16.2
Tamaulipas	10.8	9.8	1.0	10.2	9.2
Hombres	11.6	11.4	10.9	10.7	10.1
Mujeres	7.7	3.5	6.0	8.4	5.1
Tlaxcala	4.3	8.9	6.3	4.7	4.3
Hombres	3.6	7.6	6.3	5.7	4.2
Mujeres	6.1	12.5	6.3	1.8	4.6
Veracruz	8.5	6.8	7.5	7.3	6.4
Hombres	8.6	7.0	7.8	7.4	6.7
Mujeres	8.3	5.7	6.3	7.1	5.0
Yucatán	19.5	18.1	19.9	18.1	20.6
Hombres	20.3	19.6	21.9	19.9	21.1
Mujeres	16.3	11.5	12.4	9.8	18.2
Zacatecas	5.9	7.7	4.6	5.5	4.9
Hombres	6.5	8.7	5.2	5.3	5.3
Mujeres	3.7	4.0	2.3	6.0	3.4

Nota: El cálculo se realizó con base en las defunciones generales de residencia habitual del fallecido; el total nacional incluye a los residentes en el extranjero. Las cifras corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10).

FUENTE: INEGI, Estadísticas de mortalidad.

CUADRO XIX.3. *Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 1990 a 2008*

Sexo/ grupos edad	*1990*	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Total	3.3	3.6	3.7	4.1	4.4	5.1	5.4	6.0	6.0	6.1	6.7	7.3	7.4	7.9	8.0	8.1	8.0	8.0	7.8
0-4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5-9 años	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1	0.3	0.4	0.2	0.7	0.2	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10-14 años	2.1	2.8	2.8	3.2	3.7	4.3	5.4	6.1	6.4	5.7	6.6	8.0	9.8	9.1	10.2	10.5	11.7	9.5	13.0
15-19 años	4.9	4.2	5.3	5.4	6.0	7.4	8.5	9.8	10.0	10.0	10.9	12.0	11.6	12.9	12.6	12.6	12.5	11.5	11.8
20-24 años	4.4	5.6	4.7	5.5	6.3	7.7	7.9	9.5	9.0	11.1	10.8	11.3	11.6	12.7	12.2	12.0	11.8	11.9	10.9
25-29 años	4.0	4.3	4.7	4.5	5.2	6.2	6.8	7.9	8.6	8.0	9.4	9.8	10.5	10.4	11.3	11.6	10.6	10.7	9.5
30-34 años	3.7	4.1	4.3	4.6	5.2	6.2	6.0	6.9	7.0	7.4	7.9	9.9	9.2	9.9	10.3	10.4	10.1	10.6	8.7
35-39 años	3.9	4.0	4.1	4.7	5.0	4.7	5.1	5.9	6.3	6.2	7.4	7.1	7.9	8.4	9.3	9.2	9.4	8.9	8.6
40-44 años	3.8	4.0	3.7	4.7	4.6	4.9	5.8	5.6	5.2	5.8	5.8	6.9	7.9	8.6	8.0	9.1	7.2	8.9	8.3
45-49 años	3.4	3.5	3.8	4.4	4.6	4.8	5.9	5.8	5.6	5.6	6.8	7.5	7.1	7.3	7.6	8.1	7.9	7.8	7.5
50-54 años	3.1	3.6	3.9	4.3	4.1	5.3	5.2	5.9	4.6	4.8	6.1	7.0	6.9	6.9	7.0	7.5	7.3	7.3	7.0
55-59 años	3.5	4.3	3.7	3.6	4.7	4.7	5.3	4.8	4.4	4.9	5.5	5.9	5.7	6.8	7.1	7.0	7.0	5.5	6.5
60-64 años	3.8	3.3	4.0	4.4	3.7	5.4	4.9	4.4	4.4	4.4	4.5	6.1	5.6	5.9	6.5	4.9	5.4	5.5	6.9
65 y más	2.7	2.6	3.1	3.1	3.5	3.5	3.4	3.2	3.6	3.7	3.7	4.3	3.8	4.2	4.1	4.0	4.1	4.4	4.0
Hombres	3.5	3.8	3.9	4.3	4.6	5.3	5.5	6.2	6.2	6.5	7.0	7.6	7.8	8.3	8.5	8.6	8.4	8.3	7.9
0-4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5-9 años	0.2	0.2	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.4	0.5	0.2	1.0	0.2	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10-14 años	2.3	2.7	2.7	3.0	3.4	4.0	5.1	6.1	6.1	4.8	5.6	6.4	8.3	8.4	9.8	9.8	10.9	8.5	11.2
15-19 años	4.4	4.1	4.6	5.0	5.1	6.2	7.1	8.8	8.8	9.1	9.7	10.7	10.1	11.3	11.6	11.2	10.7	10.6	10.4
20-24 años	4.3	5.4	4.6	5.3	5.9	7.4	7.5	9.0	8.6	11.1	10.4	11.0	11.5	12.4	12.3	11.8	11.6	11.3	10.0
25-29 años	3.8	4.1	4.5	4.5	5.1	6.1	6.4	7.5	8.4	7.9	9.4	9.6	10.7	10.5	11.0	11.4	10.7	10.5	9.1
30-34 años	3.7	4.1	4.0	4.5	5.2	6.1	5.7	6.8	7.0	7.3	8.1	9.8	9.2	10.1	10.0	10.4	10.0	10.4	8.4
35-39 años	4.0	4.1	4.1	4.8	4.8	4.6	4.9	5.9	6.4	6.0	7.5	6.7	7.9	8.2	9.4	9.2	9.4	8.8	8.2

40-44 años	3.9	3.7	3.5	4.5	4.6	5.0	5.7	5.6	5.2	5.8	5.8	6.9	7.7	8.5	8.3	9.0	7.3	8.5	7.9
45-49 años	3.2	3.4	3.9	4.4	4.7	4.6	6.0	5.7	5.8	5.4	6.6	7.2	6.9	7.3	7.6	8.1	8.1	7.5	7.2
50-54 años	3.3	3.5	4.1	4.4	3.9	5.2	5.3	6.1	4.5	5.1	6.3	7.0	6.8	6.7	6.9	7.6	7.3	7.2	7.2
55-59 años	3.6	4.5	3.9	3.9	5.1	5.3	5.8	5.2	4.9	5.2	5.9	6.0	6.2	7.1	7.4	7.3	7.7	5.9	6.3
60-64 años	4.0	3.8	4.3	4.8	4.4	6.0	5.0	4.9	5.0	5.0	5.0	6.7	6.0	6.3	6.6	5.5	5.8	6.0	7.6
65 y más	3.8	3.6	4.2	4.4	4.8	4.8	4.9	4.5	4.9	5.1	4.9	5.9	5.3	5.9	5.7	5.7	5.8	6.3	5.7
Mujeres	2.5	2.8	3.2	3.1	3.7	4.2	4.8	5.1	4.8	4.7	5.3	6.3	6.0	6.4	6.3	6.6	6.4	6.8	7.5
0-4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5-9 años	0.1	0.2	0.6	0.2	0.4	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	0.3	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10-14 años	1.5	2.9	3.4	3.8	4.7	5.1	6.1	6.0	7.1	7.8	9.1	11.9	13.7	10.8	11.1	12.1	13.6	11.7	17.0
15-19 años	7.8	5.0	9.2	8.0	10.9	13.4	15.7	14.4	15.6	14.0	16.3	16.7	17.7	19.4	16.3	18.0	19.6	15.2	17.5
20-24 años	5.1	7.7	5.4	7.3	9.4	9.6	10.9	13.5	11.2	11.1	13.5	13.1	12.3	13.9	11.6	13.7	13.3	15.2	16.6
25-29 años	4.7	5.9	6.0	4.8	6.6	6.8	10.3	10.8	10.0	8.3	9.2	10.9	9.2	9.5	12.6	12.9	9.9	12.1	11.8
30-34 años	3.7	4.8	7.3	5.1	4.9	7.2	8.4	7.8	7.2	7.4	6.8	10.9	9.2	9.1	12.4	10.6	10.6	12.5	11.8
35-39 años	3.1	3.1	3.8	3.6	6.3	4.9	6.7	6.0	5.6	7.4	6.5	9.1	8.0	9.8	8.9	9.5	9.5	9.6	11.2
40-44 años	3.5	6.2	5.4	6.2	5.3	4.2	6.6	5.7	5.5	6.0	5.7	7.4	9.6	9.3	6.7	9.7	7.0	11.1	10.9
45-49 años	4.3	3.9	3.1	5.0	3.6	6.1	5.3	5.8	4.4	6.6	7.7	9.1	8.2	7.2	7.8	8.1	6.7	9.4	9.1
50-54 años	1.6	4.0	2.5	3.9	4.9	6.3	4.6	4.1	5.2	3.2	5.0	6.9	7.8	7.9	7.2	6.9	7.5	8.1	6.3
55-59 años	3.0	3.2	2.8	2.5	2.9	1.8	2.5	2.9	2.3	2.8	3.5	5.4	3.3	5.6	5.8	5.7	3.7	3.7	7.2
60-64 años	3.3	1.3	2.7	2.8	0.8	2.9	4.1	2.0	2.3	2.0	2.5	3.8	4.0	4.0	5.7	2.6	3.8	3.4	4.0
65 y más	0.6	0.8	0.9	0.8	1.1	1.0	0.6	0.9	0.9	1.0	1.2	1.2	1.0	1.0	1.3	1.0	1.1	1.0	0.8

Nota: Las cifras de 1990 a 1997 corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena revisión (CIE-9); a partir de 1998, a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10).

FUENTE: INEGI, Estadísticas de mortalidad.

CUADRO XIX.4. *Suicidios registrados según medio empleado, 1998 a 2008*

Año	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicida*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
1998	3342	77	294	2050	728	43	31	9	110
1999	3339	64	289	2103	731	42	21	4	85
2000	3475	66	284	2282	693	28	29	6	87
2001	3811	55	316	2543	720	42	28	6	101
2002	3871	66	313	2631	683	38	23	10	107
2003	4104	70	311	2833	691	56	45	12	86
2004	4117	60	298	2888	660	63	31	16	101
2005	4314	51	333	3137	597	55	23	16	102
2006	4277	60	293	3158	591	62	30	11	72
2007	4394	54	309	3328	544	50	26	11	72
2008	4681	60	330	3554	587	44	28	6	72

Nota: Se refiere a las lesiones autoinfligidas intencionalmente según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10/2.

FUENTE: INEGI, Estadísticas de mortalidad.

CUADRO XIX.5. *Suicidios registrados por entidad federativa y sexo según medio empleado, 1998 a 2008*

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicida*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Estados Unidos Mexicanos	4681	60	330	3554	587	44	28	6	72
Hombres	3817	24	191	2935	544	38	21	4	60
Mujeres	864	36	139	619	43	6	7	2	12
Aguascalientes	45	1	1	36	6	0	1	0	0
Hombres	37	1	0	30	5	0	1	0	0
Mujeres	8	0	1	6	10	0	0	0	
Baja California	126	1	1	109	12	3	0	0	0
Hombres	108	0	1	93	11	3	0	0	0
Mujeres	18	1	0	16	1	0	0	0	0
Baja California Sur	40	1	1	32	5	0	0	0	1
Hombres	36	1	0	30	4	0	0	0	1
Mujeres	4	0	1	2	1	0	0	0	0
Campeche	76	1	4	64	7	0	0	0	0
Hombres	67	0	2	58	7	0	0	0	0
Mujeres	1	2	6	0	0	0	0	0	0
Coahuila	151	3	3	119	24	1	0	0	1
Hombres	133	1	2	104	24	1	0	0	1
Mujeres	18	2	1	15	0	0	0	0	0

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicida*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Colima	31	1	1	18	8	3	0	0	0
Hombres	23	1	1	11	8	2	0	0	0
Mujeres	8	0	0	7	0	1	0	0	0
Chiapas	77	0	20	52	2	0	0	0	3
Hombres	66	0	13	48	2	0	0	0	3
Mujeres	11	0	7	4	0	0	0	0	0
Chihuahua	228	5	8	161	50	2	1	0	1
Hombres	182	2	6	125	46	2	1	0	0
Mujeres	46	3	2	36	4	0	0	0	1
Distrito Federal	333	9	8	252	40	7	7	6	4
Hombres	248	2	5	193	35	5	3	4	1
Mujeres	85	7	3	59	5	2	4	2	3
Durango	73	5	3	41	23	0	0	0	1
Hombres	60	2	2	34	21	0	0	0	1
Mujeres	13	3	1	7	2	0	0	0	0

Guanajuato	301	2	19	236	38	1	1	0	4
Hombres	256	1	11	201	38	1	1	0	3
Mujeres	45	1	8	35	0	0	0	0	1
Guerrero	93	1	30	44	11	3	0	0	4
Hombres	68	1	13	37	11	3	0	0	3
Mujeres	25	0	17	7	0	0	0	0	1
Hidalgo	56	0	2	42	10	1	0	0	1
Hombres	46	0	1	34	10	1	0	0	0
Mujeres	10	0	1	8	0	0	0	0	1
Jalisco	355	1	25	273	46	1	4	0	5
Hombres	294	1	15	225	43	1	4	0	5
Mujeres	61	0	10	48	3	0	0	0	0
México	420	7	30	318	56	1	6	0	2
Hombres	329	2	17	248	54	1	5	0	2
Mujeres	91	5	13	70	2	0	1	0	0
Michoacán	197	4	34	113	37	4	0	0	5
Hombres	149	2	17	89	32	4	0	0	5
Mujeres	48	2	17	24	5	0	0	0	0
Morelos	68	2	9	46	8	0	0	0	3
Hombres	54	0	4	40	7	0	0	0	3
Mujeres	14	2	5	6	1	0	0	0	0
Nayarit	50	1	3	35	9	0	1	0	1
Hombres	38	0	2	26	8	0	1	0	1
Mujeres	12	1	1	9	1	0	0	0	0
Nuevo León	247	0	3	216	20	2	0	0	6
Hombres	210	0	1	184	18	2	0	0	5
Mujeres	37	0	2	32	2	0	0	0	1

Entidad federativa	*Total*	*Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas*	*Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicida*	*Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*	*Disparo de arma de fuego*	*Objeto cortante*	*Saltar de un lugar elevado*	*Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*	*Otro*
Oaxaca	148	0	16	110	20	0	0	0	2
Hombres	117	0	10	86	19	0	0	0	2
Mujeres	31	0	6	24	1	0	0	0	0
Puebla	150	1	18	108	19	1	1	0	2
Hombres	115	0	9	86	17	1	0	0	2
Mujeres	35	1	9	22	2	0	1	0	0
Querétaro	77	4	5	54	11	0	2	0	1
Hombres	59	3	2	40	11	0	2	0	1
Mujeres	18	1	3	14	0	0	0	0	0
Quintana Roo	136	0	6	121	8	1	0	0	0
Hombres	117	0	4	104	8	1	0	0	0
Mujeres	19	0	2	17	0	0	0	0	0
San Luis Potosí	139	0	6	116	13	0	1	0	3
Hombres	119	0	4	99	12	0	1	0	3
Mujeres	20	0	2	17	1	0	0	0	0
Sinaloa	93	0	1	65	20	2	0	0	5
Hombres	79	0	1	56	16	2	0	0	4
Mujeres	14	0	0	9	4	0	0	0	1

Sonora	194	4	5	150	28	3	1	0	3
Hombres	155	0	2	124	24	3	0	0	2
Mujeres	39	4	3	26	4	0	1	0	1
Tabasco	191	0	30	151	5	2	0	0	3
Hombres	153	0	17	129	4	0	0	0	3
Mujeres	38	0	13	22	1	2	0	0	0
Tamaulipas	143	1	0	114	22	1	1	0	4
Hombres	128	0	0	101	22	0	1	0	4
Mujeres	15	1	0	13	0	1	0	0	0
Tlaxcala	20	0	0	18	1	1	0	0	0
Hombres	14	0	0	12	1	1	0	0	0
Mujeres	6	0	0	6	0	0	0	0	0
Veracruz	220	3	29	168	15	2	0	0	3
Hombres	188	2	21	146	14	2	0	0	3
Mujeres	32	1	8	22	1	0	0	0	0
Yucatán	160	1	8	145	2	1	1	0	2
Hombres	133	1	7	119	2	1	1	0	2
Mujeres	27	0	1	26	0	0	0	0	0
Zacatecas	43	1	1	27	11	1	0	0	2
Hombres	36	1	1	23	10	1	0	0	0
Mujeres	7	0	0	4	1	0	0	0	2

Nota: El cálculo se realizó con base en las defunciones generales (muertes accidentales y violentas) por residencia habitual del fallecido; el total nacional incluye a los residentes en el extranjero. Se refiere a las lesiones autoinfligidas intencionalmente según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10/2.

CUADRO XIX.6. *Indicadores seleccionados de mortalidad por países seleccionados, último año disponible*

Países seleccionados	*Año*	*Accidentes*[a]			*Accidentes de transporte*			*Homicidios*			*Suicidios*		
		Total	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*	*Hombres*	*Mujeres*
Argentina	2006	19.3	26.3	12.6	11.5	17.8	5.6	5.0	8.7	1.4	7.9	13.1	3.1
Brasil	2005	14.0	21.0	7.0	22.5	36.6	8.4	29.2	53.6	4.8	5.2	8.3	2.2
Canadá	2004	18.7	20.4	17.2	9.5	13.9	5.2	1.6	2.3	0.9	11.3	17.3	5.4
Chile	2005	15.4	23.0	8.0	14.1	23.2	5.2	5.8	10.4	1.3	10.3	17.4	3.4
Colombia	2005	13.0	19.2	6.4	17.1	26.2	7.5	52.5	93.0	9.5	5.9	8.9	2.7
Costa Rica	2006	17.0	22.5	11.0	16.6	26.0	6.3	8.0	13.5	1.9	8.6	13.8	2.8
Ecuador	2005	23.0	35.1	10.7	21.0	32.8	9.1	18.4	33.9	2.9	7.2	10.4	4.0
EUA	2005	23.7	29.0	18.5	15.9	22.7	9.3	6.0	9.6	2.4	10.9	17.5	4.4
Guatemala	2004	19.8	30.0	10.1	3.7	6.0	1.4	27.5	50.3	5.6	2.0	3.1	1.1
México	2006	20.7	31.9	10.1	18.7	30.3	7.7	11.2	20.3	2.7	4.6	8.0	1.5
Perú	2004	22.8	32.9	13.2	12.0	18.2	6.2	3.3	5.7	1.0	1.5	2.2	0.8
República Dominicana	2004	8.6	12.1	4.9	26.5	41.3	10.4	10.7	18.4	2.3	3.2	5.1	1.2
Uruguay	2004	25.2	33.8	17.2	10.8	17.1	4.8	4.6	6.6	2.6	15.9	26.0	6.4
Venezuela	2005	13.4	18.3	8.1	22.8	34.5	10.0	31.9	57.3	3.8	4.2	6.6	1.7
Alemania	2006	ND	ND	ND	6.1	9.4	2.9	0.6	0.6	0.5	9.8	15.5	4.7
España	2005	ND	ND	ND	10.4	16.8	4.1	0.8	1.3	0.4	6.6	10.5	3.1
Francia	2006	ND	ND	ND	7.5	11.8	3.3	0.7	0.9	0.4	15.4	23.6	8.0
Italia	2006	ND	ND	ND	9.7	15.8	3.8	0.9	1.3	0.5	5.2	8.3	2.3
Reino Unido	2007	ND	ND	ND	5.3	8.2	2.3	0.4	0.5	0.3	6.1	9.7	2.7

Nota: En una población de determinado sexo y/o edad, dividida por el número de esa población, expresada por 100 000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto de morir por tal causa de cada elemento de la correspondiente población de referencia.

[a] Excluye los de transporte. ND = No disponible.

FUENTE: PAHO, Base de datos de indicadores básicos. www.paho.org (14 de abril de 2009); WHO, European mortality database,-data.euro.WHO.int/ (14 de abril de 2009).

Por otro lado, en relación con la suicidalidad, término acuñado en la bibliografía para describir los variados fenómenos involucrados en el suicidio, la dependencia excesiva, en tanto trastorno de la personalidad, se ha documentado claramente entre los trastornos depresivos y el trastorno por consumo de sustancias (Hirschfeld, Klerman, Gought, Barret, Korchin y Chodoff, 1997; Oquendo, Waternaux, Brodsky, Parsons, Haas, Malone y Mann, 2000). Asimismo, se señala también su existencia en los trastornos de ansiedad (Loas, Atger, Perdereau, Verrier, Guelfi, Halfon, Lang, Bizouard, Venisse, Pérez-Díaz, Corcos, Flament y Jeammet, 2002).

Se ha indicado en la bibliografía que la excesiva dependencia y la suicidalidad se ligan de alguna forma a los pacientes psiquiátricos, aunque no se ha establecido cabalmente su relación con los trastornos por consumo de sustancias (Loas, Atger, Perdereau, Verrier, Guelfi, Halfon, Lang, Bizouard, Venisse, Pérez-Díaz, Corcos, Flament y Jeammet, 2002; Powell, Geddes, Deeks, Goldacre y Hawton, 2000).

Las investigaciones realizadas han establecido una correlación comórbida entre la dependencia de psicotrópicos y los síndromes depresivos, tanto en

aquellos sujetos con trastornos psiquiátricos de magnitud clínica significativa como en los que no los tienen (Bornstein, 1993). Las investigaciones realizadas también han confirmado una relación del alcoholismo y el consumo de otros psicotrópicos con los trastornos afectivos (Helzer, Burman y McEvoy, 1991).

Cabe mencionar que otro de los nexos clínicos importantes a considerar es el relativo a los trastornos de personalidad fronteriza, donde existe una alta comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias (Bornstein y O'Neill, 2000; Brodsky, Malone, Ellis, Dulit y Mann, 1997; Bornstein, 1995) y con los trastornos alimentarios anorexia y bulimia (Skodol, Gunderson, Pfohl, Widiger, Livesley y Siever, 2002). Sin embargo, con toda la información aportada, hay que decir, por un lado, que no se ha podido establecer un modelo claro de suicidio y de conductas suicidas que facilite la labor clínica de la evaluación y manejo (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999). Por el otro, cabe destacar, sin embargo, que la asociación entre trastornos por consumo de sustancias y la dependencia como trastorno de personalidad explica, por lo menos en parte, la liga entre la depresión y la adicción (Loas, Atger, Perdereau, Verrier, Guelfi, Halfon, Lang, Bizouard, Venisse, Pérez-Díaz, Corcos, Flament y Jeammet, 2002), lo cual, en opinión de algunos investigadores, es similar a la vinculación existente entre dependencia y suicidio (Bornstein y O'Neill, 2000). Ello al margen de que, como se sabe, los trastornos por consumo de sustancias no sólo se caracterizan por depresión sino también por su elevada tasa de suicidalidad (Brooner, King, Kidorf, Schmidt y Bigelow, 1997).

Estudios recientes sobre el tema han establecido una relación entre la dependencia y el suicidio, explicada por la presencia de psicopatología básica; posiblemente la alta tasa de suicidio entre alcohólicos se deba a su estructura fronteriza y a las conductas sociopáticas, semejantes a las que muestran los adictos a drogas ilegales. Y la relación entre dependencia excesiva y suicidalidad se demuestra porque en las mujeres con trastornos por consumo de sustancias se observa una más alta tasa suicida, que es posible se deba a su impulsividad.

En lo relativo a la comorbilidad es importante considerar que su presencia, como ocurre tan frecuentemente en los distintos trastornos mentales (Harris y Barracloigh, 1997; Balon, 1987; Muers, comp., 1988; Allebeck y Allgulander, 1990; Robbins, Monahan y Silver, 2003), sucede también en el caso del trastorno por consumo de sustancias, y puede resultar decisiva para la consolidación y el mantenimiento de ciertas tendencias y problemas (Ziedonis, 2004).

Tal es el caso del abuso psicofísico en la infancia y el intento suicida alguna vez perpetrado por quien padece un trastorno mental (Langeland, Draijer y Van den Brink, 2004). Una investigación al respecto señala que el abuso psicofísico en la infancia es un importante factor etiopatogénico en muchos de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias, como el trastorno por ansiedad, que ocurre tan frecuentemente en los alcohólicos, así como otras alteraciones

(trastornos fóbicos, trastorno de estrés postraumático y tendencia suicida) (Langeland, Draijer y Van den Brink, 2004; Clinton, 2005; Frank, 2006).

Paralelamente, se ha documentado de modo muy amplio la incidencia de factores negativos de la vida y su carácter estresante en la producción de patologías adictivas, encontrándose que la depresión y los síndromes depresivos que producen desesperanza y baja autoestima (Fawcett, Scheftner, Clark, Hedeker, Gibboins y Coryell, 1987), y el estado de ira, entre otros factores, propician y mantienen circunstancias psicopatológicas íntimamente relacionadas con las conductas suicidas (Osvath, Voros y Fekete, 2004; Kelly, Soloff, Lynch, Haas y Mann, 2000; Brodsky, Oquendo, Ellis, Haas, Malone y Mann, 2001; Malone, Oquendo, Haas, Ellis, Li y Mann, 2000).

Al respecto se sabe que cuanto mayor número de eventos y más efectos de su reverberación psíquica tengan las personas, mayor también será la respuesta disfuncional esperable que exhiba el paciente frente a tales estímulos. Ello hace que se recomiende el uso continuado de psicoterapia —en sus distintas modalidades— para analizar, ventilar y eventualmente corregir, cuando se puede, la problemática de los efectos que obran sobre el paciente y su entorno sociofamiliar, provenientes de ciertos eventos negativos de la vida, los cuales a menudo le son suficientes para desequilibrar los sistemas serotoninérgicos cerebrales y, en su caso, los dopaminérgicos, o ambos (Lovinger, 1997; Nutt, 2004).

En tal sentido, conviene esclarecer toda duda existente respecto a la utilidad clínico-terapéutica de estos fármacos, para que las poblaciones de pacientes y sus familiares puedan acceder a ellos sin los prejuicios y resistencias (Jacobs, 1999) que limitan el tratamiento, merced a la desinformación existente en algunas comunidades. Dicha desorientación afecta los pronósticos de manejo de la enfermedad, a la vez que propicia riesgos innecesarios de intentos suicidas u otras conductas destructivas (Nezu, 2004).

Por otra parte, existen estudios que evalúan la importancia de las experiencias traumáticas infantiles en la ideación suicida posterior de pacientes adictos, los cuales indican que en 38% de los pacientes estudiados se detectó la presencia de un intento suicida o más. La proporción fue mayor en aquellos que refirieron haber tenido varias experiencias negativas en la infancia, como el abuso psicofísico, la violencia sexual (Tiet, Finney y Moos, 2006), contar con familiares abusadores/adictos a drogas (Christoffersen y Soothill, 2003), o bien ser portadores de alguna patología psiquiátrica, problemas derivados de un pobre ajuste escolar o la presencia de un trastorno psiquiátrico individual.

Al efecto, se sabe que la relación es más estrecha cuantas más áreas a la vez se hayan afectado en la persona, pues 42% de la muestra (N = 855) presentó ideación suicida en el último mes previo a la realización del estudio. Además hubo una diferencia relativamente baja entre los sexos en el autorreporte de conducta suicida, con una proporción ligeramente superior entre mujeres, pero

sólo en aquellas que no tuvieron (o tuvieron pocas) experiencias infantiles adversas.

El estudio concluye que entre los adictos el autorreporte de conducta suicida e ideación es altamente prevalente en la medida en que más áreas de la vida permanecen involucradas con las experiencias traumáticas infantiles (Rossow y Lauritzen, 2001; Cooper-Patrick, Crum y Ford, 1994).

Cabe destacar que en muchos estudios contemporáneos los trastornos del afecto y el consumo de sustancias se relacionan íntimamente con el aumento del riesgo suicida (Da Silveira, 2004). De hecho, el intento suicida es 4.3 veces mayor en mujeres que en varones, quizás asociado con el hecho de que ciertas patologías psiquiátricas, como la depresión, son más comunes en mujeres, lo cual no siempre se refleja en las cifras de patología por trastornos por consumo de sustancias, donde el resultado es inverso (Brady y Randall, 1999).

No obstante, los varones muestran atentados de mayor letalidad y gravedad que las mujeres, y cuando se encuentran deprimidos tienen un riesgo 2.1 veces mayor que los pacientes adictos hombres sin depresión. Entre las mujeres no se ha podido establecer una relación entre el intento suicida y la depresión clínica (Brady y Randall, 1999).

Se ha documentado que los varones adictos tienen un mayor riesgo que los no adictos de realizar un intento suicida o bien de consumar el suicidio. De modo que la comorbilidad depresiva incrementa factiblemente la prevalencia de la conducta suicida en ellos.

Investigaciones actuales señalan que, en el mundo, el intento suicida se ha incrementado entre la población adolescente. Lamentablemente se dispone de pocos estudios al respecto, y las cifras aún no son concluyentes. En un estudio europeo multicéntrico se encontró que la ideación suicida, la conducta autoagresiva deliberada, el intento suicida y otras conductas de autodaño se relacionan con el suicidio juvenil. Por ello los autores afirman que el consumo de psicotrópicos, la psicopatología en términos de sintomatología de ansiedad, depresión, impulsividad y auto y heteroagresión deben considerarse en los programas preventivos (Vörös, Fekete, Hewitt y Osváth, 2005; Barber, Marzuk, León y Portera, 1998).

El suicido es cometido por adictos en ambiente de tratamiento residencial y, aunque raros, los llevan a cabo con mayor frecuencia los pacientes poliusuarios y crónicos que los pacientes adictos de poco tiempo de evolución y portadores de casos menos complicados (Hearne, Connolly y Sheehan, 2002).

Además, la historia clínica adecuadamente realizada de este tipo de pacientes suicidas puede o no revelar intentos previos (Wurst, Vogel y Wolfersdorf, 2000).

En esa dirección, un importante número de trabajos internacionales ha establecido la relación entre la adicción al etanol o alcoholodependencia, el consumo abundante de alcohol y el intento suicida, como acto desesperado

frente a la problemática individual-familiar-social de la víctima (Hawton y Van Heeringen, 2000).

En Eslovenia, por ejemplo, el alcohol está presente por lo menos en 55.7% de los casos de suicidio con intoxicación; en 68.8% de los suicidios cometidos por armas de fuego y en los que han muerto por cortadura de las venas, encontrándose un promedio de 2.01 g/kg de alcohol en sangre. Tales estudios enfatizan la importancia de realizar prevención adecuada sobre la población, así como de profesionalizar el manejo de los pacientes con adicciones (Bilban y Skibin, 2005).

En pacientes adictos a opiáceos se ha reportado el uso de naltrexona —o en su caso metadona— como preventivo de la recaída de intoxicación por heroína, la que suele tener varios efectos. Entre ellos destaca la prevención del intento suicida (Krupotsky, Masalov, Didenko, Burakov, Romanota, Zvartay y Woody, 2001).

Otro tema íntimamente relacionado con el problema del suicidio vinculado al trastorno por consumo de sustancias es el relativo a su prevención por la vía farmacológica de los antidepresivos, los cuales en la actualidad gozan de buena fama a causa de su utilidad en la mayor parte de los casos (Fisher, 2005). Sin embargo, hay autores que opinan no estar de acuerdo respecto a la disminución de la frecuencia de suicidio y el aumento en el uso de antidepresivos.

De hecho se sugiere que los antidepresivos son buenos sólo para la mejoría de la depresión, mas no para su prevención (Pérez Barrero, 2005). Se ha encontrado que la frecuencia de suicidio es más alta entre los que toman antidepresivos y menor entre los que no los toman. Por lo tanto, algunas conclusiones parecen ser contrarias a las esperadas, según los puntos de vista de ciertos trabajos que recomiendan tener cuidado con su prescripción, especialmente en niños y adolescentes, o bien en aquellos pacientes que por la propia mejoría obtenida del antidepresivo cobran fuerzas para realizar, por fin, su acto suicida.

No obstante no debe considerarse la presencia de una contradicción entre lo que plantea esta opinión y lo que se sabe acerca del suicidio (Pérez Barrero, 2005). Además, hay que tomar en cuenta que la relación entre el consumo de sustancias —ya psicotrópicos, ya psicofármacos— y el suicidio no es causal de tipo 1:1 o directa, pues entran en juego, para la expresión de tal conducta, muchos otros factores simultáneos, como los aspectos de la personalidad premórbida de los pacientes y su comorbilidad, que a menudo los acompaña, lo cual, si bien aumenta los riesgos suicidas en ciertos pacientes, no necesariamente les hace cometer el intento a todos ellos (Moshouldudar y Willy, 2006).

Por una parte, debe tenerse en mente que no todos los suicidas están deprimidos, lo cual significa que hay otras condiciones que contribuyen a esta causa de muerte y que también deben ser reducidas. Además, si la suicidalidad

en el paciente es elevada, la depresión es causa de suicidio independientemente del tratamiento antidepresivo.

En consecuencia, la prevención del suicidio no se puede considerar desde un único ángulo (los fármacos), pues es probable que otras variables estén influyendo en la ocurrencia de la manifestación autoagresiva y letal. De hecho, entre estas variables conocidas pueden incluirse las siguientes:

1. diagnóstico inadecuado de depresión de condiciones que no lo son;
2. dosis inadecuada de antidepresivos;
3. tiempo insuficiente de tratamiento;
4. no observancia de los principios y recomendaciones para evitar el suicidio;
5. evaluación deficiente con seguimiento inadecuado de los pensamientos suicidas (Pérez Barrero, 2005).

Ahora bien, si la depresión es la condición que conlleva más suicidios, es lógico que quienes se suiciden estén tomando antidepresivos en algún momento de su evolución. Más inadecuado sería que se hubieran suicidado sin haber intentado al menos el uso de tales fármacos (Pérez Barrero, 2005).

En esa misma dirección, un estudio inglés señala que de 200 pacientes de un hospital psiquiátrico ingresados por urgencia en los seis meses previos, 48.5% mostraron ocho respuestas o más (equivalentes a uso peligroso de alcohol) y 2.5% mostraron 16 respuestas o más (equivalentes a dependencia severa del alcohol) en el test de AUDIT. El uso excesivo de alcohol, como se sabe, es un factor de riesgo para el suicidio y el parasuicidio. En la investigación no hubo diferencias significativas de género, y se encontró que el uso erróneo del alcohol fue asociado fuertemente con suicidio. El cuestionario empleado recomienda incorporarlo a los exámenes de evaluación de los pacientes psiquiátricos graves, en especial cuando se evalúa el riesgo de autodaño (Bongar, comp., 1992; Daeppen, Yersin y Landry, 2000; Reinert y Allen, 2002).

Los exámenes adicionales se usan para evaluar el impacto de las intervenciones para los trastornos por uso del alcohol en ajustes psiquiátricos en el daño a uno mismo y la ideación suicida. Se encuentra en el estudio un alto predominio de trastorno por uso de alcohol y uso irrestricto en unidades psiquiátricas (Hulse, Sunders y Roydhouse, 2000).

Otros estudios han establecido una relación estrecha entre el trastorno por el uso de alcohol, el autodaño deliberado y el suicidio (Platt y Robinson, 1991). De hecho, en años recientes se ha consolidado la información respecto a la comorbilidad adictiva con el suicidio (Department of Health, 2002).

No obstante, algunos especialistas aún minimizan la oportunidad de prevenir los actos autoagresivos derivados del trastorno por el uso del alcohol y por ello, lamentablemente, persisten en el profesional de la salud muchas actitudes

negativas hacia los pacientes adictos y todos aquellos que muestran problemas derivados del consumo etílico (Barnaby, Drummond y McCloud, 2004).

Por otro lado, distintas variables, tales como el género, los factores genéticos, el tipo y la duración de los trastornos psiquiátricos, así como la tendencia suicida y el uso de psicotrópicos, influyen negativamente en el pronóstico de los casos. Por lo tanto se recomienda que clínicos e investigadores vigilen la calidad del dormir de sus pacientes con trastornos por consumo de sustancias como una buena línea preventiva contra el atentado suicida (McCloud, Barnaby, Omu y Drummond, 2004).

Por último, para redondear las características de los pacientes adictos que intentan el suicidio, se citan los trabajos que señalan que 449 pacientes entrevistados, y en los que se precisó su intento suicida e historia familiar de intentos o conductas suicidas, fueron evaluados por medio de diversos instrumentos codificados (Childhood Trauma Scale; Eysenck Personality Questionnaire, y la entrevista de aplicación del Addiction Severity Index [ASI]), encontrándose que los pacientes que intentaron suicidarse eran significativamente más jóvenes (N = 175) que aquellos que nunca lo habían intentado (N = 274). Quienes más lo intentaron fueron significativamente más mujeres que varones, las cuales tenían historia de suicidio e historia de depresión mayor. Asimismo estaban o habían recibido farmacoterapia antidepresiva y/o padecían de alcoholismo (Roy, 2003; Roy, 1992).

Por otro lado, se ha establecido que quienes han intentado el suicidio tienen antecedentes más graves de trauma infantil, psicoticismo, neuroticismo e introversión, así como alta calificación de severidad en la patología adictiva valorada mediante el Addiction Severity Index, todo lo cual permite concluir a los autores que los pacientes adictos tienen mayores alteraciones en la personalidad, la vida social y familiar y el desarrollo de alteraciones psiquiátricas que los predisponen al riesgo de conductas suicidas (Schmidt, Kufner, Hasemann, Lohnert, Kolb, Zemlin y Soyka, 2007), lo que ha sido documentado por diversos estudios (Jiménez, Lozano, Rodríguez y Vargas, 2005).

En la actualidad se dispone de abundantes instrumentos clínicos y de abordaje contra el intento suicida. Los instrumentos de evaluación son de lo más variado y van desde la perspectiva neurobiológica hasta la evaluación de los aspectos psicosociales (D'Zurilla, Chang, Nottingham y Faccini, 1998). Asimismo, aportan con su análisis sus respectivas intervenciones. Esta diversidad obedece a la necesidad de contar con herramientas adecuadas y cada vez más específicas para la evaluación e intervención apropiada y rápida de los problemas a que se enfrentan los pacientes en su crisis suicida.

Se consideran bienvenidos todos aquellos esfuerzos dirigidos a contender apropiadamente con esta letal problemática. Ocurre de hecho que los estudios longitudinales realizados por distintas instituciones a menudo terminan por reconocer que los esfuerzos empíricos son bien vistos a causa de su

intencionalidad de colaborar a la solución de las crisis, en tanto se establecen y desarrollan mejores instrumentos y estrategias de abordaje clínico para los afectados (U. S. Department of Health and Human Services, 2001).

RESUMEN

El intento suicida ha sido ampliamente descrito en la bibliografía y por lo tanto debe ser igualmente considerado en el manejo de los casos. La patología suicida, que es por sí misma una importante causa dramática de atención clínica y asistencial en nuestro país, representa a la vez un problema de salud pública, en su calidad de comorbilidad psiquiátrica. Se trata de un asunto más o menos frecuente en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias y en aquellos portadores de antecedentes de abuso sexual o psicofísico infantojuvenil. Las tendencias de suicidio vienen aumentando y su reconocimiento cada vez más pronto y adecuado se ha ido incrementando entre los profesionales de la salud. Aunque no se ha establecido finamente la liga causal etiopatogénica entre la patología depresiva, por trastornos por consumo de sustancias y el suicidio, se considera, con base en los estudios *ad hoc,* que actualmente tales cuadros conforman una potencialización patológica digna de tomarse en cuenta en los ámbitos dedicados al manejo de estos problemas.

---

* M. Souza y Machorro, 2005h.

XX. "ADICCIÓN" AL SEXO: COMPULSIÓN Y CONTROVERSIA*

LA RELACIÓN de pareja sana es mutualista: implica compañerismo, intimidad y reciprocidad. El humano, ente tridimensional, la expresa en comportamientos simples y complejos a la vez, tan ideologizados que su distorsión es casi habitual (Souza, 2001b). Entre los religiosos y practicantes devotos, por ejemplo, el sexo representa "el" enemigo a vencer, pues lo conceptúan como pecado o lo asocian con él; por lo tanto, su restricción y censura, piedra angular de tal ideología, les resulta lógica y aceptable (Fromm, 1987).

Infortunadamente, el uso de tal criterio prescinde del conocimiento científico; desdeña o ignora el carácter favorable de su práctica, como requisito de salud mental (Souza, 2001b). De ahí que la comprensión del concepto de salud sexual de la OMS sea paradigma de salud colectiva, al conjuntar:

1. la capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva en la doble ética social y personal;
2. estar libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan las relaciones sociosexuales;
3. permanecer libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieren con la función sexual o reproductiva (WHO, 1990).

Y si bien tal criterio se sitúa en el plano ideal, y su práctica resulta poco observable en la sociedad, de alcanzarse, no se lograría nunca sin la participación del sujeto: salud sexual es salud mental, y ésta es expresión de la salud integral (Stein y Fagan, 1998).

La actual recomendación de dar una resignificación saludable a los contenidos de la función sexual humana (Hines y Culotta, 1998) se deriva del debate iniciado por Klein (Klein, 1998) respecto a que lo que caracteriza a la sexualidad es: "La cualidad de una sensualidad específica y a la vez acerba (mordaz y en ocasiones cruel) especial", que causó interés e inquietud entre los profesionales del campo.

La opinión de Bataille sobre los aspectos violentos y excesivos del erotismo, fuera de la expresión deseable y saludable de la autoafirmación y el vínculo

amoroso, ofrece posibilidad de respuesta a la pregunta: ¿qué es lo que caracteriza a esta cualidad especial (acerba)?

Bataille reúne en la sexualidad un nexo profundo entre lo sagrado y lo erótico, ambos asociados con tabúes y su transgresión, en oposición a la habitual mentalidad de "trabajo" y respeto al orden psicosocial establecido (Hines y Culotta, 1998).

Esta dimensión se complementa con la opinión de Laplanche (Stein y Schukilenk, 1997), en contraposición a las referidas necesidades "funcionales" autopreservadoras del Yo descritas tradicionalmente, y al exceso del "mensaje enigmático" que, transmitido por la madre, se dirige a satisfacer las necesidades del Yo del infante, lo cual establece en su inconsciente el concepto "final" de sexualidad (Stein y Schukilenk, 1997).

Por lo tanto, establece un proceso fantasioso y el arribo a sensaciones que, al no poder aún ser integradas, se vierten en una excitación libidinal todavía sin conducta apropiada. De ello resulta que la brecha entre el *exceso del otro y los recursos limitados del niño* da lugar a la sexualización, en un contexto compartido por lo erótico (como autoafirmación positiva) y lo mordaz.

Según la consideración psicodinámica de la sexualidad sana, de esta experiencia emerge la imagen de la sexualidad no procreativa (lúdica) como ajena a la experiencia ordinaria y trascendente a los propios límites (Stein y Schukilenk, 1997).

Así, los varones de sociedades occidentales, en relación con las mujeres, presentan marcadas diferencias en la expresión de su conducta sexual (Hertof, 1977), caracterizadas por mostrar un deseo sexual lineal y más estacionario; frecuentemente intentan un deslinde irracional —separar la vida sexual de la vida amorosa— para relacionarse ya sea heterosexual u homosexualmente en actividades sexuales episódicas y de poca duración y, más a menudo que ellas, participan en actividades sexuales prostitucionales y/o diversas (Hertof, 1977). Además, algunas de sus más graves patologías (parafilias) se manifiestan sólo o con mayor frecuencia en varones (Souza, 2001b).

En las mujeres la disfunción sexual se presenta en mayor número de casos y más cotidianamente acompaña su sexualidad a lo largo de su vida, aunque no es privativa de ellas. Asimismo, tratándose de agresiones y delitos sexuales como consecuencia psicopatológica del deseo de poder (Fromm, 1989), éstos son en su mayoría cometidos por varones (Souza, 2001b).

Debido al dolor que les causa su carencial presencia, los ofensores sexuales se sienten retados a luchar en la "arena" de la relación humana vinculada con el "placer", de lo cual se derivan a menudo episodios sexuales no placenteros, como la disfunción sexual de uno o ambos, aunada a episodios de abuso en el consumo de psicotrópicos y a distintas formas de violencia física o moral (Souza y Rochín, 1999).

De ello se desprende la existencia de rasgos y condiciones que participan en la dinámica vincular y que invitan a considerar la participación dual de agresor-agredido, haciendo que se considere como víctimas no sólo a las que son sujeto de violencia sexual sino también a sus ofensores (aunque lo son de otra manera), ya que éstos alguna vez han vivido asimismo el episodio que los unifica en la tragedia. De hecho, el frecuente antecedente de violencia sexual encontrado permite afirmar que existe victimación y que muy posiblemente se repetirá más adelante (Greenberg, 1998), de modo que ambos personajes requieren ayuda profesional (Souza, 2001b; Souza y Rochín, 1999; Martínez y Souza, 2002; Greenberg, 1998).

Al margen de la documentación científica y anecdótica disponible, aún falta contar con el análisis de la casuística clínica y la descripción psicodinámica de tales eventos que complemente los trabajos legales, sociológicos y médicos acerca de las consecuencias del episodio agresivo, que, al soslayarse, priva a la comunidad del conocimiento experiencial, su razón y su verdad, en un área en la que la investigación casuística se mantiene en lamentable estado incipiente (Martínez y Souza, 2002).

Documentación reciente señala que las sociedades afluentes del mundo occidental han recibido un impacto derivado de la radical transformación de la sexualidad, concebida bajo los conceptos producidos en los años ochenta y noventa. Tal proceso de revolución "neosexual", caracterizada por el desmantelamiento de los viejos patrones de sexualidad con miras a restablecer nuevos conceptos y funciones (Sigusch, 1998), involucra nuevas dimensiones y cartabones de relación genitoerótica, mal llamadas "preferencias", si se considera que la orientación sexual, aunque ocurra en el sujeto, no es voluntaria ni elegible, sino que procede de la biología, lo mismo que de los aspectos inconscientes de la historia psicofamiliar del individuo, y de ninguno de ambos se ha determinado su "peso específico". No obstante, han emergido las minorías sexuales e incluso su defensa (Souza, 2001b; Souza y Rochín, 1999).

Estas minorías, sin embargo, no incluyen en su movimiento libertario a otras tradicionalmente descalificadas, como las de los minusválidos, ancianos e indígenas, muchas de las cuales permanecen ignominiosamente ubicadas en la categoría "inexistente" (Martínez y Souza, 2002).

La sexualidad reúne, a la vez, significados reales y simbólicos, los cuales se encuentran íntimamente ligados al fenómeno sociocultural (Souza, 2001b; Hines y Culotta, 1998; Stein y Schukulenk, 1997). Pero desde hace algunos años la que fuera gran metáfora del placer y felicidad parece reorientarse al cambio. Y así, han ocurrido varias cosas:

1. Mientras distintos grupos sociales la subestimaron desdeñosamente en el pasado, otros, hoy día, la sobrevaloran. Especialmente algunos miembros de la

sociedad occidental, bajo los paradigmas de la revolución sexual de los años sesenta, la enarbolaron en forma idealizada.

2. Una vez mistificada como motor de la relación humana, surgió con toda su fuerza cubierta de un “halo mágico” y un sentimiento positivo de éxtasis. Poco después, acaso unas cuantas décadas, fue transgredida por “consigna” y su mistificación ha caído en buena parte en las más variados formas de violencia, aunada, casi *a fortiori,* a la promiscuidad, la negativa del uso del condón y la infección mortal.

3. En tanto la vieja sexualidad anteponía el instinto, el valor del orgasmo y la permanencia de la pareja heterosexual, las neosexualidades, con su afán mórbido, giran en torno del oposicionismo y se afianzan entre sus seguidores a causa del señalamiento de las diferencias de la especie, aprovechando el énfasis científico puesto en los asuntos de género en pro de su gratificación, pero ahora sin importar la relación con el otro ni el significativo valor de esa otredad.

4. Otros más privilegian la sustitución protésica y el aislamiento sobre la actividad genitoerótica de la pareja heterosexual, lo cual desdeña y daña igualmente el carácter amoroso-sensual de los humanos, que fundadamente se considera, en la bibliografía profesional de todos los tiempos, parte del desarrollo psicosexual sano de hombre y mujer. Del vasto aumento de procesos interrelacionados de los que emerge esta nueva y deshumanizante forma de concebir la relación erótico-sexual humana, bajo el concepto de “neosexualidad”, aparecen tres fenómenos:

a) la disociación de la esfera sexual humana;
b) la dispersión de los fragmentos sexuales hacia el individualismo;
c) la diversificación de las relaciones íntimas incluyendo conductas y rasgos parafílicos (Sigusch, 1998).

Entendida esta novedad patologizante en el contexto de las variaciones socioculturales, y apoyada por la parafernalia de la protesta juvenil (reforzada por los grupos de rock y su anárquica filosofía comercial contra lo establecido), su diseminada banalización como actividad relacional o vincular, no hará falta referir que dichos procesos enfatizan las ventajas de la moda en sentido mercantil: el negocio de la diversidad...

Todo ello se observa bajo el predominio de mecanismos individuales inmersos en un distanciamiento de los objetivos comunes y una negación de la compartición, como elementos sustanciales de la unión afectiva de las personas, situación que reviste amplias facetas psicopatológicas (narcisismo, reclutamiento de la agresión al servicio de la actividad amorosa-sexual, destructividad, etc.) basadas en el placer individual (Sigusch, 1998). De modo que, amén de su trastocación conceptual, la enajenación de los fines sexuales se ha corroborado

por medio de distintos estudios clínicos, sociológicos y psicosociales relativos a la relación vincular, que en los tres últimos decenios señalan la presencia vigente de una insuficiente e inadecuada educación social de la sexualidad, independientemente del lamentable estado actual de la prevención primaria en esta materia (Stein y Fagan, 1998; Souza, 2001b).

Recientes investigaciones afirman que tres aspectos sexológicos críticos en la sociedad occidental contemporánea contribuyen a debilitar el interés social por la atención de los problemas de la sexualidad humana:

1. una visión actual inadecuada de la sexualidad en la cultura popular;
2. la ubicación de la sexualidad sólo como un asunto propio de conceptos elevados y academizantes;
3. la subconsideración de la materia sexual en las áreas médicas y psicológicas, en vez de su pertinente localización más favorable en los niveles básicos del conocimiento (Tiefer, 1994), todo lo cual modifica desfavorablemente la propiedad y el control sobre el asunto, y debilita el profesionalismo de esta área (Souza, 2001b).

De querer establecer arbitrariamente los límites “gráficos” de la salud (mental) sexual en los “cuadrantes” de la nosografía psiquiátrica, éstos posiblemente oscilarían entre el cauce formado por la disfunción (aversión al sexo) y la abstinencia, por un lado, y la “adicción” al sexo y todo lo sexual (compulsividad), por el otro, como referentes cuantitativo-cualitativos en cuyos márgenes “fluyera” la salud.

No obstante, debe considerarse que la sexualidad humana representa márgenes imprecisos, aun para los profesionales; que no hay acuerdos amplios sobre distintas porciones de ese “continuo funcional”; que algunas de las conclusiones vigentes son de valor relativo y que muchas de las convenciones tomadas como “normales” (sinónimos de salud) son aceptadas a partir de condiciones tácitas. Pero, sobre todo, que la relación sexual no siempre es vista por las personas con agrado, ni se interpreta como la deseable resultante de la unión genitoafectiva entre dos seres (Souza, 2000a).

Así, por ejemplo, en ocasiones, incluso dentro de la relación de pareja estable o matrimonio, el sexo se desvirtúa; adquiere compromisos ajenos o externos e incorpora considerandos diversos (Barclay y Bond, 1992-1993). Asimismo, la prohibición de la sexualidad durante la preñez, sociológica y etnológicamente considerada, es habitual en la mayor parte de las sociedades primitivas. Ello obedece, en primera instancia, a la protección del producto de la concepción y a la inherente priorización de la reproductividad sobre el carácter lúdico del erotismo y su contexto edificante de la pareja.

En nuestra cultura la sexualidad se liga a menudo a una diversidad de restricciones morales, pretextos higiénicos y consideraciones “preventivas”

diversas, más que al adecuado uso del *divertimento* e incluso que a las recomendaciones terapéuticas, en un caso dado. Tales restricciones refuerzan la asunción de que la sexualidad sólo ha de tener fin reproductivo, destacando, por ende, la preservación de la especie.

Por esta razón los otros aspectos del vínculo psicosexual, como favorecer las bases de la identidad personal, ser una fuente de placer y allegarse la posibilidad de obtener los privilegios de la comunicación amorosa con la pareja en todos los órdenes, al soslayarse prejuiciosamente, dan paso a distintos comportamientos psicopatológicos (enajenación). En efecto, el sexo y la sexualidad se han distorsionado, y su sentido humano y unificador de la pareja sigue sin entenderse adecuadamente en muchas comunidades. Por eso su educación preventiva es indispensable para la satisfacción vital, y a la vez herramienta para su clara comprensión (Souza, 2002d; Souza, 2001b).

Este trastorno representa una realidad clínica cada vez más observada y mejor diagnosticada, al punto de que, por un lado, se reconoce su frecuencia epidemiológica y, por otro, la educación sexual social prevalente, de modo paradójico, se niega a reconocerla (Carnes, 1991). Pero si bien en el versátil contexto de la actividad sexual ha existido siempre la búsqueda de sexo, exagerada o no, se estima que la influencia sociocultural de nuevas tecnologías, en el marco de la globalización socioeconómica, sea, en parte por lo menos, responsable de su diseminación (Carnes, 1991).

Tal compulsión, semejante mas no idéntica a la "adicción" (de ahí la reticencia a eliminar las comillas en su enunciado), acaba en malestar. Se define como: "Conducta indefectiblemente compulsiva; tendencia involuntaria, irrefrenable, reiterativa e irreflexiva, dirigida a establecer un tipo de relación sexual estereotipada de la que queda una abrumadora sensación de insatisfacción".

En su defecto, podría confundirse con aquellas relaciones indiscriminadas que mantienen las personas promiscuas. Además, llevar una vida de múltiples y variadas relaciones sexuales no es considerado por algunas personas como un problema sexual o una enfermedad mental, ni es —afirman— garantía de infelicidad, si bien puede interpretarse como algo ajeno al desarrollo psicosexual saludable, debido a la afectación, reducción o limitación que provoca sobre el desarrollo de las potencialidades humanas y la responsabilidad vincular, que aspiran a cumplir las relaciones genitoafectivas (Lamaire, 1990), como parte de su proceso de maduración individual y relacional (NCSAC, 2000).

La compulsión sexual se origina en un sinnúmero de causas simultáneas, y resulta difícil aceptar que una persona despliegue tal comportamiento —sobre todo si éste es repetido— sin motivación psicopatológica (Fromm, 1989; Souza, 2001b). La "adicción" al sexo invade todas las esferas de la vida de la persona y empieza a ser fuente de displacer en el momento en que el afectado pierde el control de la situación tal como lo plantea su fantasía, permitiendo que lo

aventurado, explorador y divertido de toda relación se torne reforzador del malestar (Schneider, 1991).

Esta manifestación representa una conducta repetitiva que pretende calmar la ansiedad por vía inadecuada, mediante la cual *ipso facto* se produce más malestar y ansiedad de los que se tenían. En ese momento se produce el rechazo a uno mismo, al constatar que tal conducta no sólo no calma la ansiedad sino que crea una fuente inagotable de problemas (NCSAC, 2000; Souza, 1996a).

Para mejor comprensión de la nosología sexual cabe destacar que los trastornos del control de los impulsos (explosivo intermitente; cleptomanía; piromanía; tricotilomanía, juego patológico, etc.), pese a ser parecidos entre sí y a la "adicción" sexual, no se tipifican en la Clasificación Internacional CIE-10, OMS, ni en la DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana. Su frecuencia epidemiológica, nada despreciable, de 3 a 6% de la población de varones de los Estados Unidos entre 20 y 40 años, en proporción de 2:1 hombres respecto de mujeres, parece ser desdeñada por los expertos (cuadro XX.1), al margen de que la "adicción" sexual, asimismo, puede acompañar a otros trastornos, como los relacionados con la adicción a sustancias, parafilias o las inclinaciones sexuales en la CIE-10, los trastornos antisocial y disocial de la personalidad, la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo.

Los rasgos de personalidad de quienes mantienen relaciones compulsivas indican que viven complejas historias de promiscuidad con parejas sucesivas o simultáneas, y que combinan sus relaciones con actividad masturbatoria igualmente compulsiva e insatisfactoria. Como en otras adicciones, casi ninguno de los portadores se reconoce como "adicto" (negación), ni muestra conciencia de enfermedad. Por tal razón, algunos autores identifican este problema como un equivalente parafílico, factible de modificación por vía psicoterapéutica y/o farmacológica (Matilla, 1989).

El ciclo recursivo de la "adicción" al sexo hace que el paciente muestre conductas repetitivas sin extraer experiencia correctiva; que gaste enormes cantidades de tiempo, dinero y esfuerzos en la consecución de sus propósitos, los cuales desea satisfacer a cualquier costo, aun a pesar de no lograr nunca la satisfacción anhelada y de producirse problemas a sí mismo y los demás.

De hecho cualquiera de las múltiples conductas sexuales puede ser parte del cortejo clínico del sexo compulsivo, en el que se despliegan los más variados y complejos mecanismos de defensa intrapsíquicos (Schneider y Schneider, 1991; Matilla, 1989).

La fascinación por la actividad sexual se refiere paralela a una marcada euforia, comparable a la que dicen vivir algunos adictos a psicotrópicos (cocaína); ello hace considerar la participación de sustancias endógenas cerebrales (endorfinas), capaces de inducir estados placenteros producidos por condiciones y circunstancias externas (Milkman y Sunderwirth, 1987).

CUADRO XX.1. *Patrones y ejemplos de “adicción” al sexo*

1. *Fantasías sexuales*. Patrón de negación reiterada de las conductas derivadas de sus fantasías; masturbación compulsiva.
2. *Seducción*. Patrón de relaciones sexuales extramaritales (indistintamente heterosexual u homosexual), coquetería o “flirteo” constante; conducta sexual seductora.
3. *Sexo en anonimato*. Patrón de relaciones sexuales con personas desconocidas; experiencias sexuales “sin compromiso”, sólo para la satisfacción sexual inmediata.
4. *Sexo vía pago*. Patrón de conductas sexuales pagadas a prostitutas(os) u otras actividades de sexo explícito, como llamadas telefónicas, etcétera.
5. *Intercambios sexuales mercantiles*. Patrón de cobro por actividades sexuales y/o pago con drogas.
6. *Voyeurismo*. Patrocinio de actividades sexuales de adultos y observación o participación en lugares comerciales de sexo pagado, como tiendas de artículos sexuales, espectáculos de desnudez, observación de actividades sexuales a través de ventanas, casas o lugares *ad hoc,* telescopios indiscretos, etc.; coleccionismo de revistas y materiales pornográficos en la casa o el trabajo.
7. *Exhibicionismo*. Patrón de exposición reiterada de la desnudez propia en lugares públicos o desde la casa o el coche particular; uso de vestimenta especialmente diseñada para dejar las regiones pudendas al descubierto o uso de atuendos que destacan significativamente la anatomía con fines provocativos, sensuales o de atracción de la mirada ajena, como el que usan las prostitutas, etcétera.
8. *Abuso sexual*. Patrón de toqueteo corporal de personas que no consienten o realizado con abuso de confianza y sin autorización, usando la posición de poder o jerarquía profesional, de rango, posición, autoridad religiosa, política, etc., para explotar sexualmente a las personas; estupro o violación.
9. *Sadomasoquismo*. Patrón de conductas sexuales caracterizadas por la producción y/o recepción de actividades sexuales dolorosas, supuestamente dirigidas a elevar (distorsión) la excitación sexual y el placer.
10. *Uso de parafernalia sexual*. Patrón de uso de objetos sexuales con el propósito de masturbarse con ellos, uso de ropas del otro sexo (transvestismo) con miras a incrementar la excitación y/o el placer sexual, uso de objetos inertes (fetichismo) como parte de las actividades sexuales regulares, o bien sexo con animales (zoofilia) y otras actividades solas o combinadas.
11. *Pedofilia*. Patrón de relaciones sexuales caracterizadas por el abuso con o sin forzamiento (violencia) de menores para tener actividad sexual y/o consumo de pornografía infantil (estupro).

FUENTE: Modificado de Carnes, 1991.

La clasificación de las adicciones en sus modalidades excitatoria y de saciedad, propuesta por Milkman y Sunderwirth en 1987, se planteó a partir de su parecido conductual con el mecanismo neuroquímico de dependencia de psicotrópicos (cocaína, anfetaminas), y se extiende al juego patológico y otras conductas compulsivas excitatorias ("adrenalínicas") relacionadas con la toma de riesgos, en contraste con la dependencia del alcohol, los sedantes e hipnóticos y la comida, consideradas como adicciones de saciedad (Milkman y Sunderwirth, 1987).

De modo semejante a lo que les ocurre a los alcohólicos, los "adictos" sexuales desarrollan un pensamiento distorsionado y racionalizan su defensa. En su justificación culpan a otros de su comportamiento. Niegan sistemáticamente sus conflictos emocionales y producen largas y complejas versiones para explicar su comportamiento iterativo, por lo que sus promesas son estereotipadas (Schneider, 1991). Carnes, en un estudio realizado entre 600 individuos autoidentificados como "adictos" sexuales, categorizó 11 distintos patrones de comportamiento (cuadro XX.1), que a menudo ocurren simultáneamente (Carnes, 1989).

Los "adictos" sexuales, como los adictos a psicotrópicos y otros pacientes compulsivos, suelen provenir de familias disfuncionales con antecedentes de abuso/adicción a psicotrópicos.

Algunos de ellos son acosadores-agresores sexuales o padecen otros trastornos emocionales. En un estudio entre 75 "adictos" sexuales en tratamiento (Matilla, 1989) sólo 20% dijo no tener familiares con problemas de adicción. Pero 40% reconoció por lo menos un familiar abusador/adicto a psicotrópicos; 36% dijo tener uno o ambos padres adictos; 33% reconoció que por lo menos uno de los familiares padece un trastorno de la alimentación y 7% tuvo un familiar con diagnóstico de juego patológico.

Una investigación entre 900 individuos señala que 82% fue abusado sexualmente en edad infantojuvenil. Entre los "adictos" sexuales varones 3% fue forzado a tener sexo con su padre y 11% con su madre; 41% fue abusado a manos de sus vecinos, socios de trabajo u otros parientes, e incluso personas ajenas al hogar, mientras que 8% fue acosado por adultos con autoridad sobre ellos (Matilla, 1989).

En familias disfuncionales donde no hay antecedente de incesto puede existir, no obstante, una elevada presencia de actividades sexuales, que indica una desproporcionada erotización de la vida cotidiana. El material sexual explícito a menudo está presente y matiza cualquier conversación, como cuando un familiar remarca excesivamente las características anatómicas de la hija o la esposa, etc., o lo hace de modo llamativo y reiterado (Schneider y Schneider, 1991).

Se observa asimismo con relativa facilidad en nuestra sociedad que una definitiva falta de privacidad en el uso de dormitorios y espacios considerados por la cultura como personales o privados (baño) facilita la comisión de actos delictivos y antisociales ligados a la sexualidad. Asimismo, los niños que provienen de familias con poco apoyo emocional y cuidado para el crecimiento tienden a ser más vulnerables a la explotación sexual.

Los niños que han sido abusados sexual o psicofísicamente pueden crecer con una distorsión básica acerca de los valores que la sociedad y la cultura han depositado en las conductas erótico-sexuales y la reproducción; a menudo confunden sexo con amor, o simplemente creen que la única manera posible de relacionarse con otra persona es a través de relaciones genitoeróticas (Souza, 2002d). Otros problematizan su vida al repetir compulsiva e irreflexivamente el abuso sexual del que fueron víctimas, convirtiéndose en acosadores-victimarios sexuales o agresores reincidentes. Más de la mitad de los "adictos" sexuales provienen de familias con estructuras funcionales rígidas y emocionalmente desagregadas y con poca cohesión (Souza y Rochín, 1999; Schneider y Schneider, 1991).

En tales familias, la discusión educativo-formativa de la sexualidad permanece obliterada como un tabú difícil de superar, por considerar *a priori* que se trata de algo desagradable o peligroso (Souza, 2001b; Souza, 2000a). En consecuencia, los niños de tales núcleos crecen, por lo menos, con una carencia informativa acerca del sexo y la sexualidad sanos y una cierta proclividad psíquica negativa (Stein y Fagan, 1998).

La relación dependiente-dependiente, descrita en parejas integradas por personas incapaces de vivir adecuadamente su individualidad al fundirse con el otro, cobra gran significación en estos pacientes, por su parecido con las relaciones patológicas descritas en abusadores-adictos a psicotrópicos (Martin, 1976).

Como a menudo las parejas sexuales provienen de familias igualmente disfuncionales, es factible considerar la presencia a menudo negada/ignorada de una complicidad inconsciente que mantiene la complementariedad mórbida de metas comunes (colusión), en términos del esfuerzo conjunto para coincidir en procedimientos descalificantes, que preservan su conflictiva vincular (Souza, 1996a).

Y como las esposas han crecido en ambientes disfuncionales, no les es difícil acoplarse al papel "esperado"; ser codependientes sólo requiere mantener la disfunción familiar, las creencias y comportamientos mostrados en el seno de un conflicto relacional, dado esencialmente por una baja autoestima (Schneider, 1991; Stein y Fagan, 1998). Además, ellas a menudo creen que su relación no es ni será infructuosa, manteniendo así expectativas imposibles de consolidar (Carnes, 1983). Tal experiencia casi nunca las convence de la fatuidad y sinsentido de su vida amorosa. Y como consideran que nadie las querría por sí

mismas, se entregan dispuestas al control de la vida de otro y a "responsabilizarse" de ese destino, donde el sexo es la "prueba más importante" del amor".

Estas parejas presentan con cierta frecuencia historia de abuso sexual o psicofísico en edad infantojuvenil, de ahí su confusión entre temor a ser dañado y deseo de ser querido. Debido a ello, tienden a mostrarse atractivas y a protagonizar su conducta como "una promesa reivindicadora de redención implícita" dirigida a las personas que, según ellas, "están más necesitadas de recibir afecto" (Souza, 1996a).

Las codependientes usualmente temen el abandono físico-emocional y son vulnerables a la posibilidad de no ser queridas, entristeciéndose de sólo considerar la posibilidad de que su pareja las rechazara o llegara a dejarlas; por ello son incapaces de imaginarse la vida sin el otro. Y como tal tipo de vida carece de un proyecto individual, casi siempre están dispuestas a tolerar conductas hostiles, denigrantes, que cualquier otra persona nunca aceptaría por su intrínseca condición inadmisible (Souza, 1996a).

En una investigación realizada entre 78 codependientes bajo tratamiento, 66% dijo haber participado en diversas actividades sexuales inaceptables: observación de pornografía, relaciones sexuales en lugares públicos e intercambio de parejas, etc. (Schneider, 1998). De hecho, muchas de ellas temen rehusar el tipo de relación que les proponen; otras usan el sexo como forma de manipulación y control de las relaciones, o lo utilizan para intercambiar favores riesgosos, enajenando así el significado saludable de la relación (Martin, 1976; Souza, 1996a; Schneider, 1998).

No obstante lo anterior, muchas de ellas afirman que sus parejas prefieren la actividad sexual diversa con la que suplen la relación conyugal (coito con prostitutas y la masturbación compulsiva tras el coito). Algunos estudios afirman que gran parte de la población matrimonial compuesta por "adictos" y codependientes ha podido pasar muchos años sin contacto sexual, a pesar del alto costo emocional que pudiera representar (Schneider, 1998), lo cual contradice la buena calidad vincular deseable en cualquier relación humana (Souza, 1996a).

A partir de la primera relación sexual de patrón adictivo la compañera tiende a sentirse desplazada y despreciada, erigiendo el clima de resentimiento e intolerancia que, de modo paradójico, mantendrá a toda costa, y que solidifica el patrón sadomasoquista, nunca casual, de tales uniones (Kernberg, 1991).

También ocurre a menudo que casi todas las parejas que buscan apoyo profesional para reparar sus condiciones enfermizas vinculares consideran que requieren un mayor y más sofisticado repertorio sexual, porque estiman que su mala calidad relacional es el origen del distanciamiento y la frustración alcanzados, sin comprender que la disfuncionalidad se deriva de las características mórbidas procuradas por ambos.

A causa de ello tienden a satisfacer los deseos del “adicto”, con la esperanza de recuperar un bienestar personal y conyugal que nunca llega (Carnes, 1983; Schneider y Schneider, 1991; Carnes, 1989). Lamentablemente, a tales condiciones de la dinámica relacional se suman otras que complican más el asunto, como la respuesta social (institucional o privada) asignada a los problemas matrimoniales vía consejeros matrimoniales, religiosos, amigos, etc., quienes proponen soluciones equívocas pues carecen del conocimiento teórico-técnico y práctico suficiente y necesario (Souza, 2001b). A causa de ello, los protagonistas casi nunca entienden el patrón patológico del vínculo compulsivo, generando respuestas inapropiadas al problema (Souza, 2002d).

No es raro encontrar que la codependiente tome responsabilidad por las discrepancias funcionales y las fallas detectadas, lo que hace infructuoso su esfuerzo y enmascara la responsabilidad siempre compartida, que debería analizarse con cuidado, no para detectar el monto de culpa individual sino para comprender la situación y proponer una solución factible al problema compartido, tras su valoración (Souza, 1996a). En tales casos es preciso contar con ayuda especializada que acompañe y guíe a la pareja hacia una mejor salud individual-familiar (McCarthy, 1993; Carnes, 1989).

Como la “adicción” al sexo se acompaña de otras adicciones, la etiopatogenia individual, psicofamiliar y social destaca conductas convergentes en patología sexual (Martínez y Souza, 2002; Lamaire, 1990; Schneider, 1991; Matilla, 1989; Schneider, 1998; Kernberg, 1991; McCarthy, 1993). En tal sentido, cobra relevancia la personalidad premórbida y la comorbilidad adictiva, como elementos constitutivos de todo problema compulsivo o adictivo (Souza, 2000e).

El profesional de la salud debe valorar adecuadamente la importancia de este hecho, pues este trastorno contribuye a la producción-dispersión del VIH/ sida. Los esfuerzos por el control de los patrones adictivos redundan en el control de problemas coexistentes, como la comorbilidad adictiva y la psiquiátrica (Souza, 2000e).

El estudio realizado entre 823 individuos homosexuales-bisexuales varones que solicitaron ayuda médica en una clínica de atención primaria (Linn y Speigal, 1998) mostró que 64% se había relacionado en por lo menos un episodio de actividad sexual sin condón en los últimos dos meses, pese a conocer sus riesgos.

Comparados con el grupo de control, que realizó sus prácticas sexuales bajo el esquema de sexo seguro, los varones que participaron en las actividades sexuales de riesgo tuvieron más compañeros sexuales, consumieron más psicotrópicos (legales e ilegales) y sintieron tener menos control sobre su actividad sexual. El estudio señala que muchos individuos homosexuales-bisexuales enfrentan problemas de adicción múltiple, relacionados a la vez con el sexo, los psicotrópicos y el alcohol.

Los cambios deseables en torno de la conducta sexual compulsiva no son alcanzables mientras persista la naturaleza mórbida de su conducta. Sólo con su

reducción, vía tratamiento, se logrará un comportamiento más reflexivo y dirigido por la voluntad, y nuevas circunstancias saludables para enfrentar las adicciones y las conductas compulsivas (Souza, 2000e).

La coexistencia de compulsividad sexual con la adicción a psicotrópicos, aunque frecuente, casi nunca se reconoce como problema de pareja ni como causa de recaída de consumo. Esto es especialmente cierto tratándose de consumo de cocaína en adictos (Carrol y Nich, 1995).

Un estudio de 75 "adictos" sexuales indica que 70% de ellos se reconocieron como abusadores-adictos (Carnes, 1983). Muchos de los mismos permanecen atrapados en el ciclo recurrente del consumo-efecto-consumo, en el que la conducta sexual compulsiva precipita el consumo de cocaína y viceversa. Además, 39% se recuperaba simultáneamente de alguna dependencia de psicotrópicos; 38% era dependiente del alcohol; 32% cubría los criterios diagnósticos del trastorno alimentario; 13% se reconoció como comprador compulsivo y 5% dijo ser jugador compulsivo. Sólo 17% afirmó no tener otra adicción paralela al problema sexual (Carnes, 1983).

Pero lo más descollante del tema es que la "adicción" al sexo representa una controversia nosográfica. Desde que se inició su descripción como posible entidad patológica hasta la actualidad los expertos no han coincidido en la configuración de los criterios clasificatorios, por lo que su permanencia dentro de los catálogos es poco consistente.

Y si bien se ha sugerido su tipificación desde los años setenta en los Estados Unidos (Goodman, 1989), lo cual le permitió aparecer en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,* DSM-III-R, debido a la falta de especificidad, intensidad y duración de los síntomas, pero sobre todo a su variabilidad entre una persona y otra, no se consolida hasta hoy un consenso profesional suficiente.

De hecho, la CIE-10 sólo la categoriza como criterio de investigación y el DSM-IV no la incluye, a pesar de que algunos clínicos la ubican en la sección denominada F52.9, trastorno sexual no especificado (302.9), cuyas categorías incluyen otros trastornos sexuales que no cumplen los criterios para identificarlos con un trastorno sexual específico ni constituyen disfunción sexual o parafilia:

1. sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o feminidad;
2. malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados (miedo al compromiso vincular, a la promiscuidad, la compulsividad comportamental, etcétera);

3. malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual (homosexualidad egodistónica).

CUADRO XX.2. *Cuestionario para determinar "adicción" al sexo**

- ¿Existe antecedente de abuso sexual (psicofísico) en la infancia?
- ¿Recibe o adquiere regularmente revistas de contenido sexual explícito?
- ¿Sus padres han tenido problemas con el comportamiento sexual?
- ¿Le preocupan sus pensamientos sexuales?
- ¿Cree que su conducta sexual es normal?
- ¿Se queja su esposa u otra(s) persona(s) de su conducta sexual?
- ¿Tiene dificultad en detener su comportamiento sexual cuando sabe que es inapropiado?
- ¿Alguna vez se ha sentido mal a causa de su conducta sexual?
- ¿Su conducta sexual ha generado problemas a su familia u otras personas cercanas?
- ¿Ha solicitado ayuda para controlar algún comportamiento sexual que le disgusta?
- ¿Alguna(s) persona(s) cercana(s) se ha(n) preocupado a causa de sus actividades sexuales?
- ¿Alguien se ha lastimado con sus actividades sexuales?
- ¿Ha realizado conductas sexuales ilegales?
- ¿Se ha prometido o propuesto modificar alguna conducta sexual?
- ¿Ha fallado en realizar esfuerzos para controlar alguna conducta sexual?
- ¿Ha sentido necesario esconder a otros(as) algún(os) aspecto(s) de su conducta sexual?
- ¿Ha intentado detener alguna parte de sus actividades sexuales?
- ¿Se ha sentido degradado por alguna de sus conductas sexuales?
- ¿El sexo ha sido un escape para algunos de sus problemas?
- ¿Se ha sentido deprimido o avergonzado después de tener sexo?
- ¿Siente necesario eliminar alguna conducta sexual?
- ¿Su actividad sexual interfiere con la vida familiar?
- ¿Ha tenido sexo con menores de edad?
- ¿Se siente controlado por su deseo sexual?
- ¿Ha pensado alguna vez que su deseo sexual es más fuerte que usted?

Nota: De obtenerse positivas tres o más de las preguntas, en el 96% de los casos el individuo será correctamente diagnosticado. El cuestionario deberá usarse con cuidado en el caso de individuos homosexuales, cuya conducta puede involucrar la realización de ciertas actividades subrepticias o vergonzantes para el sujeto debido a la interpretación que hace de su conducta, pero sin representar "adicción", independientemente de que tendrá que considerarse que la validez del cuestionario no ha sido establecida para su uso en mujeres ni adolescentes.

*Modificado de Carnes, 1989.

CUADRO XX.3. *Criterios del DSM-IV-TR, APA, para la dependencia de sustancias*

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

1. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia.
2. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias (excepto cafeína).
3. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas resultan menos patentes e incluso pueden no aparecer.
4. Aunque no está incluido específicamente en los criterios diagnósticos, el deseo-necesidad imperiosa de consumo (D-NIC) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.
5. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses.

Tolerancia

Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

1. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia.
2. Los sujetos que consumen grandes dosis (opiáceos y estimulantes) pueden presentar niveles de tolerancia considerables, hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia.
3. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas.
4. Muchos sujetos fumadores consumen una cantidad (más de 20 cigarrillos al día) que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar.
5. Puede ser difícil determinar la tolerancia sólo por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias.
6. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio; altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia.

7. Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar falta de coordinación motriz y lenguaje farfullante.

Abstinencia

Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de una sustancia en la sangre o los tejidos disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.

1. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta.
2. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia, y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Se presentan signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia (de alcohol, opioides y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos).
3. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes (anfetaminas, cocaína y nicotina) se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar.
4. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos (psicodislépticos). La abstinencia en el caso de la fenilciclidina PCP y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales).
5. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos, por ejemplo los que tienen dependencia de la mariguana, presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo.
6. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia.
7. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias.

- Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido. Por ejemplo, el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida.

- El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
- En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.
- Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.
- En algunos casos de dependencia de sustancias todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la misma.
- El sujeto puede abandonar las actividades familiares o las distracciones favoritas con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que la tomen. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, por ejemplo graves síntomas de depresión o lesiones de órganos, la persona continúe consumiendo la sustancia.
- El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.
- La tolerancia y la abstinencia pueden estar asociadas con un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia.

a) Con dependencia fisiológica. Se cumple cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia o abstinencia.

b) Sin dependencia fisiológica. Se cumple cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia. En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo, es decir, al menos tres de los criterios referidos (Souza y Rochín, 1999).

FUENTE: Modificado de APA, 1995.

A esa dificultad se agrega que los pacientes son reticentes a discutir su condición sexual con el profesional de la salud, lo que hace que muchos interrogatorios sean insuficientes para determinar su diagnóstico, tal como ocurre en la exploración de la patología sexual femenina (Souza, Montero y Cárdenas, 1987) y el establecimiento inequívoco de episodios de abuso sexual infantojuvenil de muchos pacientes (Souza y Rochín, 1999; Martínez y Souza, 2002; Souza, 1999e).

La obtención de una buena historia clínica sexual verídica y útil de cada paciente es un imperativo ineludible, especialmente en la era del VIH/sida (Souza, Quijano, Díaz Barriga y Guisa, 1998). El cuestionario para el diagnóstico

de “adicción” al sexo (cuadro XX.2) sirve para poder complementar la entrevista profesional.

Como puede observarse, la dificultad para establecer el diagnóstico por parte de la propia persona afectada, e incluso por los profesionales de la salud, por distintas razones teórico-prácticas, no siempre es un escollo superable. Frente a tal problema es pertinente el uso de instrumentos *ad hoc,* que permiten captar mejor la condición de “caso”, como el cuestionario de Maulen (cuadro XX.4).

Este cuestionario es una forma autoaplicable preliminar para la evaluación de los síntomas que determinan la “adicción” al sexo, pero de ninguna manera sustituye la valoración proporcionada por una entrevista especializada. La corroboración del diagnóstico requiere una consulta psiquiátrica formal.

CUADRO XX.4. *Cuestionario autoaplicable para el diagnóstico de “adicción” sexual*

1. ¿Constantemente tienes pensamientos o fantasías sobre sexo?
2. ¿Sientes que tu vida no tendría sentido sin el sexo?
3. ¿Has tenido relaciones sexuales con una o más personas con las cuales no querías tenerlas?
4. ¿Tienes o has tenido sexo sin importarte las consecuencias (contraer herpes, sida, quedar embarazada, etcétera)?
5. ¿Sientes que el sexo es lo más importante en una relación sentimental?
6. ¿Después de haber tenido relaciones sexuales te sientes deprimido(a)?
7. ¿Con regularidad compras para consumir material pornográfico, tales como revistas y videos?
8. ¿Alguna vez has pagado para tener relaciones sexuales con una persona?
9. ¿Has perdido la cuenta de cuantas parejas sexuales has tenido?
10. ¿Alguna vez has sentido la urgencia de tener relaciones sexuales?
11. ¿Te sientes valorado(a) o querido(a) sólo cuando tienes relaciones sexuales?
12. ¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con menores de edad?
13. ¿Has realizado actividades sexuales no relacionadas con tu inclinación sexual?
14. ¿Tienes relaciones sexuales para tratar de escapar de tus problemas diarios?
15. ¿Has tratado de controlar con qué frecuencia debes tener relaciones sexuales?

FUENTE: Maulen, 2000.

Cuando los pacientes presentan múltiples quejas somáticas, depresión, cuadros ansiosos, consumo de psicotrópicos o conductas compulsivas, suele ser muy productivo el interrogatorio a los familiares. Los aspectos semiológico-propedéuticos son muy relevantes. Bastan pocos minutos de charla empática

para guiar favorablemente a la obtención de pautas diagnósticas que de otra manera se perderían (Souza, 1988b).

La recomendación profesional siempre ha de dirigirse a concluir con indicaciones correctivas para el apoyo del paciente y su pareja; de lo contrario ninguno de ambos considerará de utilidad la participación especializada.

Entre las codependientes es frecuente encontrar alteraciones psicoorgánicas como cefalea crónica, insomnio, apatía, desmotivación, trastornos gastrointestinales, nerviosismo y otros. La depresión es más común entre las compañeras de los "adictos" al sexo que entre las parejas de otro tipo de pacientes mentales, y quizá sólo comparable a la que padecen los alcohólicos u otros abusadores adictos.

Para paliar los síntomas psicosomáticos y los sentimientos dolorosos, las codependientes tienden a comer excesivamente, consumen diversas medicaciones o se dedican de manera compulsiva al cuidado de la limpieza, bajo patrones altamente improductivos para la solución de la problemática que atañe a sus vidas, como forma de desplazamiento de la angustia, y seguridad de obtener control de situaciones y objetos materiales, todo lo cual enmascara los cuadros.

Además del antecedente traumático de abuso sexual, a menudo muestran también otras alteraciones aparentemente desconectadas con la vida presente, como alteraciones endocrinas funcionales, dolores pélvicos crónicos, colon irritable, neurodermatitis, patología osteomuscular, etc., que ponen a prueba al clínico en su capacidad diagnóstico-terapéutica (Souza, Montero y Cárdenas, 1987; Souza, 1999e; Souza, Quijano, Díaz Barriga y Guisa, 1998; Souza, 1988b).

El manejo de este trastorno es complicado y requiere mantenerlo a largo plazo, como las adicciones, de cinco años en adelante. Para ello se reúnen las estrategias psicoterapéuticas, especialmente la terapia individual y otras intervenciones grupales, adicionando psicofármacos (antidepresivos y ansiolíticos u otros), para garantizar el control de los síntomas y la detención o reducción, por lo menos, de la comorbilidad individual, familiar y social (MCSAC, 2000; Souza, 2000e; McCarthy, 1993).

Durante los episodios sexuales compulsivos los pacientes suelen autoagredirse y dañarse físicamente, experimentan severo estrés y varios trastornos psicosociales que afectan su relación personal y el significado de sus vínculos emocionales y laborales, entre otros. Por ello es importante considerar que el trastorno coexiste con abuso/adicción a psicotrópicos, y que de no recibir pronto y adecuado manejo, se complicará el pronóstico adictivo, que de suyo es grave (Souza, 2000e).

Además, estos pacientes suelen padecer infecciones de diversos tipos, enfermedades de transmisión sexual y demás afecciones relacionadas con trastornos físicos, emocionales y sociales, derivados de la promiscuidad y el estilo de vida irrestricto de riesgo múltiple (Souza, 2000e; NCSAC, 2000). En suma, es

pertinente destacar que el profesional de la salud ha de colaborar al aprendizaje, manejo y evitación de este problema, así como participar en la educación de la sociedad por medio de la información apropiada a los individuos y a sus familias (Souza, 2001b; Stein y Fagan, 1998; Hertof, 1977; Carnes, 1991; Lamaire, 1990).

Semejante al manejo antiadictivo, la meta terapéutica incluye abstinencia de conductas compulsivas; evitación de recaídas y desarrollo de conductas adaptativas dirigidas a la salud individual y familiar (WHO, 1993). El programa residencial prioriza inicialmente la prohibición de las conductas sexuales, incluida la masturbación, entre 30 y 90 días, para mostrar al portador que puede vivir sin tener sexo.

En ocasiones esto provoca "síntomas de abstinencia" semejantes —aunque más leves— a los ocurridos por la descontinuación de sustancias como la cocaína (Carrol y Nich, 1995), muy posiblemente disparados por la frustración y el mal manejo de la ansiedad y/o depresión concomitantes. La participación de la pareja es decisiva en el mantenimiento de acciones educativo-correctivas y, más especialmente, en la prevención de la recaída (McCarthy, 1993; Souza, 2000e).

Debido a los antecedentes de abuso sexual, los "adictos" sexuales con frecuencia muestran distorsión de la relación humana en forma de defensividad, resentimiento, venganza, diselpidia y conducta fóbica. Es imperativo terapéutico reorientar su conocimiento acerca de las condiciones, modalidades, frecuencia y calidad de la relación erótico-sexual, y de las pautas saludables que implica (Souza, 2001b). En la parte inicial del manejo los pacientes frecuentemente muestran problemas sexuales con sus parejas, incluso mayores que los tenidos durante su conducta compulsiva preterapéutica (Maulen, 2000; Goodman, 1989; Souza, Quijano, Díaz Barriga y Guisa, 1998).

El terapeuta debe cuidar el favorecimiento de las acciones que mantengan la condición correctiva, pues de ella depende el acceso a la siguiente meta. Cuando la conducta compulsiva se dirige hacia el mismo sexo, lo cual es sorprendentemente frecuente entre los varones identificados como heterosexuales, el trabajo rendirá mayores beneficios para la asunción de la identidad sexual si participan en terapia de grupo que provea confrontación y apoyo (Wolberg, 1977; Souza, 2000e).

En los pacientes con antecedente suicida o que manejan la posibilidad de intentos autoagresivos se recomienda su canalización a programas de tratamiento residencial bajo el modelo de ayuda mutua, que ofrece apoyo y mantenimiento a los esfuerzos terapéuticos.

Para cuando el paciente decide ingresar a tratamiento ya ha afectado su vida y la de los familiares y amigos. Ése es el momento de evidenciar la falta de comunicación efectiva, la desconfianza, el enojo y la confusión.

La terapia de pareja está indicada en casi todos ellos y puede ser una ayuda definitiva, pues se dirige a reconocer la "adicción" y sus consecuencias, lo mismo que a reconstruir la autoconfianza y a ganarse el respeto de los demás (Schneider

y Schneider, 1990). Y puede asimismo enseñarle a la pareja a delimitar su participación patógena complementaria y abandonar su papel en pro de la mejoría de ambos.

Los pacientes que trabajan simultáneamente los aspectos psicopatológicos inherentes a la conducta compulsiva tienen mejor pronóstico inmediato y a largo plazo (Wolberg, 1977; Souza, 2000e). La compulsión sexual, como la adicción a psicotrópicos, no es curable en términos de la erradicación de la causa y recuperación *ad integrum* (Souza, 2000e), y las recaídas se consideran parte de la historia natural del trastorno (WHO, 1993).

Su prevención requiere un pronto aprendizaje para identificar la circunstancialidad que la desencadena, a fin de desarrollar la estrategia evitativa o eliminatoria. Por ejemplo, el paciente debe eliminar la masturbación y optar por la relación sexual en el marco de la mejor condición posible para su disfrute. En estos pacientes son útiles los antidepresivos (ISRS, ISRN o ambos) o el clorhidrato de clomipramina, a dosis convencionales (Coleman, 1990), u otros fármacos equivalentes, guiadas bajo esquema dosis-respuesta, por considerar que se trata de una variante del trastorno obsesivo-compulsivo.

Los individuos promiscuos son los de peor pronóstico. Quienes acuden a tratamiento coercionados o sin motivación tienen menos posibilidad de superar el problema. Algunos estudios señalan que 50% de las personas con parafilias y las "adictas" al sexo que buscan ayuda profesional tienen, por ello mismo, gran parte del problema "resuelto" (Goodman, 1989; NCSAC, 2000) mientras los otros continúan el extraño papel psicopatológico de la seducción, eluden la consulta, se autoengañan, ocultan el tema o postergan indefinidamente su manejo.

La compulsión sexual podría incluirse entre las parafilias, en tanto distorsión de la inclinación sexual en términos de su enajenación, que, no obstante que privilegia el sexo, prescinde de las personas, actos amatorios y conductas saludables.

El sexo puede convertirse en conducta compulsiva debido a que, pese a que se trata de una actividad natural, la modela la cultura (Fromm, 1898). Pero la represión y tergiversación de sus fines induce enajenación, interpretaciones subjetivas y actuaciones equívocas (Goodman y Stanton, 1999). La controversia respecto a si la "adicción" al sexo es o no verdadera adicción se sustenta en que gran parte de la población exhibe conductas excesivas y distorsionadas en alguna época de su vida, que se controlan cuando el individuo activa los recursos inhibitorios de la búsqueda desesperada de seudogratificación.

A diferencia de la adicción vera, la compulsividad sexual no tiene documentados mecanismos biológicos en su etiología (Peele, 1998), por lo que la discusión parece esclarecerse. De hecho, los Institutos Nacionales de Salud Mental (NIMH), Contra el Abuso de Drogas (NIDA) y Contra el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de los Estados Unidos, y la opinión de los comités de

expertos coinciden en que la compulsión sexual no reúne los requisitos neurobiológicos fundamentales para considerarse adicción (Hyman, 1996).

Tal comportamiento disruptivo, conceptuado como compulsión, brinda al profesional de la salud y a la sociedad la oportunidad de comprender lo que ocurre en una conducta que gobierna destructivamente al individuo y lo somete al mantenimiento de una ruta vital caótica, la cual, vista desde otra consideración, resultaría incomprensible. Que una persona se preocupe excesiva y equívocamente por las actividades sexuales sin obtener placer, y a la vez se inhabilite y degrade en los planos del matrimonio, empleo, salud y libertad, no puede representar más que una patología, cuya corrección depende del manejo simultáneo de factores biológicos y psicosociales (Goodman, 1989).

El enfoque curativo actual prioriza la atención psicológica y farmacológica, en función de la duración, intensidad y grado de distorsión de la realidad que proporcionan los síntomas. Tal manejo requiere confrontar los conflictos internos que subyacen a las conductas compulsivas, pues cualquier sustancia o conducta que puede funcionar en ambos sentidos, producir placer y aliviar el dolor, puede ser usada en forma adictiva aunque no cause dependencia.

Es deseable que la compulsión sexual sea apropiadamente reconocida por todo profesional de la salud para asignarle su pronto manejo. Al efecto, la psicoterapia recurre a distintos abordajes (psicoanalítico, de aprendizaje y enfoque cognitivo-conductual). Todos ellos son recursos válidos con efecto favorable para su remisión (WHO, 1993; Souza, 2000e; Goodman y Stanton, 1999; Coleman, 1990).

El comportamiento de las parejas de los pacientes “adictos” evidencia factores de dependencia vincular y promueve alteraciones comórbidas que traducen disfuncionalidad en distintos aparatos y sistemas, que a menudo son reductibles al manejo (Peele, Brodsky y Arnold, 1991). Aunque la remisión espontánea también figura en los casos de adicción a psicotrópicos y otras conductas compulsivas (Peele, Brodsky y Arnold, 1991), la explicación no ha sido documentada.

La práctica del concepto de salud sexual de la OMS es un adecuado recurso conceptual para la orientación de la salud colectiva y guía para la modificación de la patología a ese nivel. Pero a cambio reclama la participación activa de los involucrados; sólo así es dable la consolidación de su salud (mental) sexual. Mientras tanto, el problema se mantiene, la comorbilidad y sus consecuencias se multiplican y la controversia continúa.

RESUMEN

La sociedad occidental contemporánea a menudo tergiversa y en otras ocasiones desdeña o ignora los conceptos saludables acerca de la sexualidad. No siempre

estima que ésta sea salud mental ni represente una expresión de salud integral. Tal ambivalencia hacia el sexo y lo sexual se ubica entre los linderos de lo sagrado y lo erótico, asociados ambos con tabúes y su transgresión. Desde el siglo pasado la revolución "neosexual" en curso pretende desmantelar los viejos patrones en favor de la disociación de la esfera sexual humana, la dispersión de los fragmentos sexuales hacia el individualismo y la diversificación de las relaciones íntimas.

En tal contexto, la "adicción" al sexo y a lo sexual, en tanto conducta compulsiva, representa, por un lado, una realidad clínica cada vez mejor observada y diagnosticada, donde se reconoce la importancia de la historia familiar, la psicopatología individual y la vida conyugal tanto en su etiología como para su manejo y prevención. Por el otro, no ha sido tipificada en los catálogos de enfermedad mental, al no ser tenida por adicción vera, pese a ser un típico trastorno compulsivo. Mientras tanto el problema se mantiene, la comorbilidad y sus consecuencias se multiplican y la controversia continúa.

* Modificado de Mario Souza y Machorro: "'Adicción' al sexo: Compulsión y controversia", *Ginecología y Obstetricia de México,* 70: 477-490, octubre, 2002.

XXI. SALUD MENTAL Y EL ADULTO: OBJETIVOS Y DESARROLLO*

LOS ESTUDIOSOS del tema de las distintas culturas han definido la salud mental de las más diversas formas, y a la fecha no existe un acuerdo "en profundidad". No obstante, el concepto abarca varios aspectos a la vez, como bienestar sujetivo, percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia y eficacia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, concepto que se ubica más allá de la mera ausencia de trastorno mental (Souza, 1988c).

La reciente información procedente de la investigación en neurociencia, y la medicina conductual han ampliado el conocimiento habido acerca del funcionamiento de la mente, su base neurofisiológica, intrincadamente vinculada al desarrollo físico y social y a la propia manifestación de la salud. Pero, no obstante, la salud mental continúa oculta tras la cortina del estigma y la discriminación en la que ha permanecido durante siglos.

A efecto de uniformar los criterios respectivos, la salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud, OMS, como: "El estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, en aras de ofrecer una contribución significativa a sus comunidades" (Secker, 1998).

A pesar de su importancia, la salud mental es aún objeto de indiferencia y falta de planeación, y la magnitud, sufrimiento y carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y la sociedad, son abrumadores. La provisión de servicios que se requieren hoy es muy grande, dado que por lo menos 450 millones de personas sufren trastorno mental; faltan servicios efectivos y humanos, así como atención que permita prevenir la discapacidad crónica y la mortalidad prematura, y un apoyo que permita alcanzar una vida más sana y rica vivida con dignidad (WHO, 2005) y, si se puede, con buen humor.

La magnitud del problema alcanza cifras alarmantes; baste decir que en todo momento más de 150 millones de personas sufren depresión, de las cuales cerca de un millón buscará quitarse la vida cada año. Alrededor de 25 millones de personas padecen esquizofrenia, 38 millones están afectadas por epilepsia, más

de 90 millones experimentan trastornos causados por el uso de alcohol y drogas; cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, problemas asociados con el consumo etílico, esquizofrenia y trastorno bipolar). Además, una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.

Los miembros de la familia son a menudo los cuidadores primarios de las personas con trastornos causados por el consumo de alcohol; 15.3 millones de personas padecen trastornos relacionados con el uso de drogas; de 5 a 10 millones de personas se inyectan drogas y de 5 a 10% de las nuevas infecciones por VIH en el mundo resultan del consumo de drogas inyectadas; más de 1.8 millones de muertes en el año 2000 se atribuyeron a riesgos relacionados con el alcohol; 205 000 fallecimientos en el año 2000 fueron atribuidos al uso ilícito de drogas (OMS, 2004).

En México el índice de personas con trastorno mental y el de las que reciben tratamiento es inferior al reportado en los Estados Unidos (Demyttenaere, Bruffaerts, Posada-Villa *et al.,* 2004). Los trastornos mental y del comportamiento no han logrado ocupar su lugar en las prioridades de salud de muchos países, y México no es la excepción (Medina-Mora, Borges, Lara y Benjet, 2006). El trastorno mental surge de la interacción entre los factores biológicos heredados y de desarrollo, y los contextuales, que interactúan con los de la vulnerabilidad individual. El aumento del número de jóvenes, grupo vulnerable para las adicciones y problemas de salud mental, y con población de mayor edad con riesgo de demencia y de otros padecimientos degenerativos, hace que el país inicie con una pesada carga el siglo XXI.

Las transiciones demográficas en curso y el envejecimiento de la población implican serios retos a la especialidad. El aumento de enfermedades crónicas propina una carga adicional a las familias, y a la mujer le ha significado una tercera jornada.

A pesar de que muchos de tales estresores pueden provocar disfuncionalidad en personas sanas, la mayor parte no produce trastorno mental; éste sólo ocurre entre las más vulnerables.

Se ha documentado que ser hombre o mujer afecta de manera distinta e importante la distribución de enfermedades (Medina-Mora, Borges, Lara y Benjet, 2006). Los resultados de una encuesta nacional *ad hoc* señalan que los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor, mientras que en los hombres la dependencia del alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia) ocuparon los primeros lugares (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar Gaxiola, 2003).

La comorbilidad del trastorno mental y el uso de sustancias es tan amplia que representa un gran segmento poblacional que requiere atención especializada, y

es, a la par, un serio reto para los clínicos, ya que la coocurrencia de la adicción a psicotrópicos limita el uso de psicofármacos destinados al manejo del trastorno psiquiátrico y aumenta el riesgo de recaídas en pacientes abusadores/adictos (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar Gaxiola, 2003). En tal sentido, considérese que uno de cada 10 adultos ha hecho uso ilícito de sustancias con efectos psicotrópicos, a razón de cinco hombres por una mujer.

Otras diferencias por sexo se observan en los grupos jóvenes de 18-29 años (4.5 hombres por 1 mujer) y en los mayores de 60 años (17.5 a 1). Cabe mencionar que las tasas de uso entre varones de 18-29 años alcanzan 25% de esta población en la modalidad de uso "alguna vez" y 6.4% en "el último año". Existe un decremento importante después de los 30 años, a casi la mitad de los casos para el indicador "alguna vez", con 14.4%, y en "el último año", con 1.5%. La mariguana es la droga más común entre los hombres (14.5%), seguida por la cocaína (8.3%). La droga de preferencia en las mujeres es también la mariguana (2%), seguida por los tranquilizantes (1.8 por ciento).

La tasa de uso de tranquilizantes entre las mujeres fue ligeramente mayor que la observada entre hombres (1.6%). Es importante señalar que 14 personas de cada mil (728 923 personas de la citada encuesta) cumplieron el criterio de abuso o dependencia "alguna vez en su vida" y 0.4% en "el último año". Este diagnóstico es 14.5 veces más frecuente entre hombres que entre mujeres, y las frecuencias más altas se observan en el grupo de 18-29 años; no se hallan casos con este diagnóstico después de los 60 años.

El consumo y el abuso de alcohol son, por otra parte, fenómenos endémicos con importante crecimiento entre varones jóvenes, en la población femenina de todas las edades y en los adolescentes de uno y otro sexo. El 8.6% y 6.3% de la población masculina, y el 0.4% y 0.7% de la femenina, cumplieron el criterio de abuso y dependencia, respectivamente (Medina-Mora, Borges, Lara y Benjet, 2006).

Cabe señalar como dato decisivo el tiempo que tardan los pacientes en solicitar tratamiento, con una latencia que oscila entre 4 y 20 años, según el tipo de manejo. Se sabe que la mortalidad por suicidio en México ha aumentado en forma considerable, pasando de una tasa de 1.1% en 1970 a una de 3.12% en 2002. A todo ello se suma que el número de individuos con trastorno mental posiblemente aumentará con el envejecimiento, así como con el resultado de conflictos sociales, carga creciente que implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar Gaxiola, 2003).

De modo que la magnitud de la carga familiar es difícil de justipreciar, y quizá por eso tan a menudo es ignorada. No obstante, es dable afirmar que hay un gran impacto en la calidad de la vida familiar. En consecuencia, la atención de los riesgos, la identificación precoz de las enfermedades, su manejo integral y

seguimiento correspondiente constituyen elementos centrales en el mejoramiento de la calidad de vida de la población y significan nuevos retos para la atención psiquiátrica (Medina-Mora, Borges, Lara y Benjet, 2006). Pero, amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastorno mental son víctimas de violaciones de derechos humanos, estigma y discriminación dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas (Norquist y Regier, 1996). A efecto de promover programas adecuados para enfrentar este reto, deben destacarse tres objetivos:

1. reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales;
2. aumentar el capital social;
3. ayudar a reducir la pobreza y promover el desarrollo del país.

En países desarrollados, con sistemas de atención bien establecidos, entre 44 y 70% de las personas con trastorno mental no reciben tratamiento. En países en desarrollo las cifras llegan casi a 90%. Y como el concepto de salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, debería alcanzarse un estado de bienestar a través del cual los individuos reconozcan sus habilidades, sean capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad.

Asimismo, la salud mental refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (Blehar, 2003). De ahí que los problemas derivados de la psicopatología individual afecten a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma. Por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, pero el riesgo es más alto entre los pobres, los que viven sin techo, los desempleados, las personas con bajo nivel escolar, las víctimas de violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y los ancianos abandonados (U. S. Department of Health and Human Services, 2001).

En aras de ofrecer un esquema de las características del funcionamiento unitario adulto como referente de la salud mental e integración sociofamiliar a alcanzar por los individuos, se muestran los cuatro conceptos interactuantes:

1. género;
2. erotismo;
3. vinculación interpersonal;
4. reproductividad (Souza, 2004c).

El género parte del dimorfismo natural que reúne ambas modalidades, las cuales, siendo distintas, se complementan en sus características biológicas, sexuales y reproductivas. El erotismo representa la potencialidad de experimentar reacciones fisiológicas placenteras en una respuesta global sexual (orgásmica).

La vinculación a menudo ocurre a través de los nexos afectivos intensos en pareja que se inician desde la infancia a partir de vínculos de apego primarios que propician la identificación y mantienen la reciprocidad con los demás; la reproductividad representa la potencialidad para crear y procrear; es una potencialidad natural que puede verse afectada por la participación de distintos factores conductuales y biológicos (mala nutrición, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de ejercicio, estrés, entre otros).

En dirección convergente con los aspectos mencionados, se plantea la condición deseable (Souza, 1996a) para las áreas del desarrollo adulto:

1. *Adultez temprana* (20-40 años), caracterizada por separación psíquica de los familiares; establecimiento de la identidad psicosexual en términos de elección del papel genérico heterosexual/homosexual; desarrollo de la capacidad afectiva para la intimidad en la pareja; decisión sobre los asuntos relacionados con la paternidad; establecimiento de relaciones afectivas y límites funcionales con los hijos; desarrollo de relaciones maduras con los familiares; adquisición y mantenimiento de la congruencia respecto de los valores sociales de cambio; elección de la carrera u ocupación y la adaptación a los valores éticos y espirituales, de acuerdo con el grupo social en el que se vive.
2. *Adultez* (40-60 años), caracterizada por manejo de los cambios corporales, enfermedades y cambios en la autoimagen; aceptación genuina del envejecimiento y manejo del concepto-realidad de la muerte como una condición insoslayable; redefinición de la relación de pareja; profundización en las relaciones con hijos, nietos y otros familiares; mantenimiento y adquisición de nuevas amistades; transmisión de conocimientos a la nueva generación y aceptación de la responsabilidad social.
3. *Adultez tardía* (60 años o más), caracterizada por mantenimiento de la salud; adaptación a la enfermedad y la invalidez; uso placentero del tiempo; adaptación a la pérdida de la pareja y los amigos; reorientación del presente y el futuro sin considerar el pasado; creación de nuevas ligas emocionales; aceptación del cambio de los hijos y nietos, ahora como cuidadores y responsables de la atención de las necesidades; disminución de la vida sexual; optimización del tiempo de trabajo y recreación; integración del retiro como nuevo estilo de vida, y preparación para la muerte (Souza, 1996a).

En esa dirección se plantean, de modo complementario, los cinco objetivos del funcionamiento unitario adulto:

1. *Adulto joven;* se espera que seleccione a su compañero y viva una relación sólida, formal y segura (matrimonio o unión libre); inicie una familia (eduque a los hijos y conduzca y maneje los asuntos del hogar); suscite el establecimiento adecuado de un nivel de vida suficiente y decoroso; ayude a sus hijos a crecer y desarrollarse sanamente, tanto en lo físico como en lo psicosocial; tenga una ocupación productiva; atienda sus responsabilidades cívicas y sociales; conviva en un determinado grupo social.
2. *Adulto maduro;* su meta es lograr una correcta adquisición de responsabilidades cívicas y sociales; suscitar el establecimiento adecuado de un nivel de vida suficiente y decoroso; ayudar a sus hijos a crecer y desarrollarse sanamente, tanto en lo físico como en lo psicosocial; desarrollar actividades satisfactorias para la utilización más conveniente de su tiempo libre; relacionarse apropiadamente con su pareja y los cambios psicofisiológicos que se derivan de la edad avanzada; ajustarse al hecho de que sus padres envejezcan. La labor requiere claridad y objetivación en cuanto a valores y actitudes frente a la sexualidad y a otras condiciones propias de la evolución vital, que consolidan la pareja, la familia y el futuro educativo de la sociedad.
3. *La salud mental y la salud sexual se vinculan íntimamente;* por lo tanto se espera, como deber individual, el logro de la congruencia entre los valores y actitudes frente al erotismo, la individualización de género, la relación interpersonal y la reproductividad.
4. *Actitud congruente (valores y conductas sexuales socioculturales)*. La ambivalencia social hacia estos valores, que no son personales ni prácticos, provoca frustración y desconcierto frente a la contradicción cotidiana
5. *La prevención de una vejez sana se sustenta en el desarrollo psicobiológico y sexual adecuado*.

Dada la integración requerida, según se ha descrito, es conveniente dirigir los esfuerzos a alcanzar las metas planteadas por la OMS (Souza, 1988c), la visión de cuyos expertos reviste una importancia capital para el establecimiento y el mantenimiento de la salud general de la población (Souza, 2001d).

RESUMEN

El concepto abarca varios aspectos a la vez, como el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia y la eficacia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, concepto que se ubica más allá de la mera ausencia de trastorno mental. La salud mental es tenida por la OMS como “El estado de

bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, en aras de ofrecer una contribución significativa a sus comunidades".

Por su parte, el trastorno mental, derivado de la interacción entre los factores biológicos heredados y de desarrollo y los contextuales, interactúa con los de la vulnerabilidad individual. Los problemas derivados de la psicopatología individual afectan a la sociedad en su totalidad y no sólo a un segmento limitado o aislado de ésta; por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, pero el riesgo es más alto entre los pobres, los que viven sin techo, los desempleados, las personas con bajo nivel escolar, las víctimas de violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y los ancianos abandonados.

De modo que, a efecto de promover programas adecuados para enfrentar este colosal reto social, deben alcanzarse los siguientes tres objetivos fundamentales:

1. reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales;
2. aumentar el capital social;
3. ayudar a reducir la pobreza y promover el desarrollo del país.

Las metas para el logro de la salud mental desde el punto de vista de la OMS se dirigen a:

• proporcionar tratamiento en el nivel de atención primario;
• asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos;
• prestar asistencia en la comunidad;
• educar al público;
• involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores, sin olvidar que la afectación de la salud mental de las madres afecta directamente la salud emocional y cognitiva de sus hijos;
• establecer políticas, programas y legislación a escala nacional;
• desarrollar los recursos humanos pertinentes;
• establecer vínculos con todos los sectores involucrados;
• vigilar la salud mental de las comunidades;
• apoyar nuevas investigaciones sobre el problema y su continua actualización.

* Modificado de Souza, 2007c.

XXII. FISIOPATOLOGÍA DE LA VEJEZ Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS*

EL ENVEJECIMIENTO, proceso ineludible y gradual, manifiesto a través de cambios morfofisiológicos derivados de la acción del tiempo sobre los organismos (Chiu, Graham, Katona y Tataru, 2005), se expresa como aumento de morbilidad, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos sociofamiliares, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y restricción de la facultad física y mental (Draper, 2003). Hoy día existen 600 millones de ancianos en el mundo y a mediados del siglo XXI la cifra alcanzará dos mil millones (ONU, 1998).

En países desarrollados, con sistemas eficientes de atención, entre 44 y 70% de las personas con trastorno mental no reciben tratamiento, y en los países en desarrollo la cifra llega casi al 90 por ciento.

En México, en el año 2000, 6.8% de la población eran ancianos, y en el año 2050 la proporción aumentará a 28% (Conapo, 2002). Y si bien los datos de salud de nuestro país indican que las condiciones de su población, en general, han mejorado significativamente, la senectud es tema prioritario que requiere aumento en la inversión de los recursos socioeconómicos y humanos, así como en la planeación de programas y redefinición de prioridades de salud. El crecimiento vertiginoso de este grupo obliga a enfrentar problemas derivados de la falta de servicios institucionales adecuados, ya que la sociedad carece de la capacidad para brindar la atención que requieren (Souza, 2007c).

El Consejo Nacional de Población, Conapo, afirma que este contingente se caracteriza por marginación laboral, familiar, social y política; a partir de los 45 años de edad es difícil conseguir empleo; a los 50 años ya existen jubilados, muchos son abuelos y empiezan a mostrar patología degenerativa. Además, 20% de la población de viejos tiene una pensión por jubilación, y de los pensionados, 80% recibe una cantidad ínfima, que debe sumarse *a fortiori* al apoyo familiar u otra fuente de ingresos (trabajo, ahorros, rentas, etc.), pues según el criterio de medición oficial viven en la pobreza (Conapo, 2002).

Un porcentaje igual al señalado recibe salario mínimo, no tiene pensión ni otra prestación social; 15% son enfermos avanzados y terminales, indigentes, abandonados por su familia o sin ella. Una parte de los mismos vive en asilos. En

términos de su distribución nacional, la población urbana (74.6%) concentra su mayoría en pocas ciudades, mientras que la rural (25.4%) está dispersa en miles de comunidades de baja densidad poblacional (Conapo, 2002).

Los esfuerzos de salud asistencial se centran en las áreas urbanas, donde reside la mayor cantidad de pobres, pese a que la población rural se vea más afectada por la pobreza, al carecer de los recursos de que disponen los citadinos (Gutiérrez, 2001). Por ejemplo, la mayoría de los habitantes de las localidades rurales no tienen acceso a los servicios de salud de centros urbanos e instituciones oficiales y de la sociedad civil.

Muchos de los pobladores rurales se emplean en labores artesanales y agricultura de autoconsumo, que no ofrecen derechohabiencia. En muchas localidades rurales médicos generales ofrecen sus servicios en consulta privada; sin embargo, la mayoría de las familias no puede afrontar su costo económico. Los ancianos en México tienden a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. De los hogares con ancianos, 29% se ubican en localidades rurales de menos de 2 500 habitantes, caracterizadas por viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, amén de otras carencias, como falta de agua potable y energía eléctrica. Estas condiciones de pobreza, vulnerabilidad y limitado acceso a servicios básicos se agudizan en la vejez (Ham, 1999).

En México hay más mujeres ancianas (51.29%) que hombres (48.71%), y los diferentes factores que determinan la calidad de vida en la vejez (apoyo familiar, salud, economía, relaciones afectivas, viudez, etc.), al combinarse, producen varios tipos de senectud (INEGI, 2001). Véase cómo el apoyo familiar es vital en el proceso de envejecimiento, ya que éste los ayuda a lidiar con su declinación y enfermedades. Los ancianos requieren más apoyo familiar que las ancianas, debido a que la red social que construyen a lo largo de la vida suele basarse en relaciones del ámbito laboral (Scott y Wenger, 1996). De modo que el panorama es crítico y progresivo, y a ello se agrega la transición demográfica, que muestra problemas derivados de la salud mental, como el consumo de sustancias —legales o ilegales— y el policonsumo de fármacos prescritos o por automedicación (Draper, 2003).

Lamentablemente, en relación con los ancianos de México (Ham, 2003) existe escasa información e inadecuado registro de los problemas de salud, mientras no sean causa de muerte u hospitalización, y la cifra ignorada es mayor aún entre quienes no gozan de apoyo institucional o habitan en áreas rurales. En el año de 2005 existían 26.1 millones de hogares en México, y casi uno de cada cinco tiene como jefe del hogar a una persona de 60 años o más.

El porcentaje de hogares donde sólo residen adultos mayores es bastante menor (relación 1:20), lo que indica que la mayoría de los ancianos viven con otros familiares de menor edad. El cuidado de la vejez recae en la familia, por lo que la composición del hogar en el que habitan los ancianos incide en su bienestar psicofísico y social (Negrete, 2001). La sintomatología geriátrica

(deficiencia cognoscitiva, caídas, incontinencia esfinteriana, índice bajo de masa corporal, vértigo, debilidad visual y auditiva) y la dependencia para las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, deambular e ir al baño) a menudo se subestiman en el cuidado médico y sociofamiliar de los viejos.

Un estudio realizado en adultos de 65 años o más (N = 11 093) señala que 49.9% de los pacientes mostró uno o más de tales síntomas. La asociación entre la sintomatología y la dependencia en la vida diaria fue tan frecuente y significativa que se equipara a las enfermedades crónicas de la vejez (cardiacas, diabetes, etc.), y su relación es tan estrecha que se recomienda incluirla en el cuidado regular de esta población (Gómez, Curcio y Gómez, 1995; Cigolle, Langa, Kabeto, Tian y Blaum, 2007).

El panorama epidemiológico nacional indica la existencia de 8 338 835 adultos de 60 y más años; 30% de ellos viven solos, 60% viven en pobreza, 11.2% son analfabetas y sólo dos de cada 10 mexicanos mayores de 65 años tienen acceso a una pensión, en el marco de una expectativa vital de 76.4 años. Conapo señala que en el año 2015 habrá 15 millones de ancianos y para el 2050 sumarán 42 millones (Conapo, 2002).

Al comparar la *distribución por sexo* de este grupo con la información del XII Censo General de Población y Vivienda, CNPV (INEGI, 2001), se observa que la proporción de mujeres de 60-64 años que habita comunidades de más de 2 500 habitantes es menor (54%) y la de hombres mayor (46%) en relación con la ENA 93, cuya diferencia es estadísticamente significativa. Respecto al estado civil, 73.8% de los hombres y 48.8% de las mujeres son casados, con una mayor proporción de viudas (31.3%) que de viudos (11.1%), y una diferencia estadística igualmente significativa.

Son datos similares a los del CNPV (79.6% casados y 50.3% casadas; 11.9% viudos y 36.6% viudas). Se observa que la proporción de mujeres solteras es el doble (11.1%) que la de hombres solteros (5.0%).

La distribución por escolaridad muestra proporciones similares por género y nivel de primaria (59% para ambos sexos); sin embargo, 22.7% de las mujeres y 18.7% de los hombres no tienen educación formal, mientras que el CNPV (INEGI, 2001) informó que 34.1% no tiene instrucción; la proporción de mujeres es mayor que la de hombres en ambos casos.

Cabe recordar que la ENA 93 sólo consideró población urbana.

Por lo que se refiere a la ocupación, 50.2% de los encuestados se dedican al hogar, 25% son empleados y 13.7% jubilados o pensionados; su distribución por sexo indica que 79% de las mujeres se dedican al hogar y 12.1% son empleadas; entre los hombres 47% son empleados y 29% jubilados o pensionados. Para este grupo de edad el CNPV (INEGI, 2001) indica 7.8% de jubilados o pensionados, 45% que se dedica al hogar y 37% de empleados. La mayoría es de religión católica (86% de los hombres y 92% de las mujeres), proporción similar a la observada en el CNPV (INEGI, 2001) (90.5% de los hombres y 91.8% de las mujeres).

Respecto al consumo de sustancias, éstas se dividen en dos grupos: psicofármacos (uso médico) y psicotrópicos ilegales y legales. En el primero, la prevalencia nacional en todos los grupos de edad fue de 14.6% (11% hombres y 18% mujeres), mientras que en los ancianos de 60-64 años fue de 23.9% (218), de 17.2% (59) en hombres y de 28% (159) en mujeres. La prevalencia más alta por regiones se encontró en la zona occidental (32%), seguida por la zona norcentral (30%); la más baja fue la zona noroccidental (18.4 por ciento).

Las características demográficas de los ancianos que consumen drogas médicas de acuerdo con el nivel de escolaridad indican que 40% de las personas con estudios profesionales las toman y, según la ocupación, 39% de los profesionistas, diferencias estadísticamente significativas en ambos casos. El 28% de los jubilados o pensionados y 26% de aquellos dedicados al hogar señalan haberlas utilizado. Por estado civil se observa que 46.4% de las personas separadas, 25.5% de los viudos y 25% de los solteros las emplean, aunque la diferencia no fue significativa (INEGI, 2001).

Este perfil demográfico de los usuarios de psicofármacos es diferente al de la población senecta en general. El uso de depresores del sistema nervioso central en la muestra señala una prevalencia nacional de 18.7% (170); 22.4% en mujeres y 12.5% en hombres. En la región norcentral es de 25% y en la occidental de 23.1%; la zona metropolitana de la ciudad de México es la más baja (11.7%). Respecto a los psicotrópicos ilegales y legales, se ha documentado que de cada 100 adultos mayores de 60 años, 20% padecen alcoholismo y 5% consumen mariguana u otros tóxicos.

En el caso de los psicotrópicos ilegales es prácticamente inexistente el consumo de mariguana, cocaína y heroína en esta población, pero en cambio consumen psicofármacos, principalmente tranquilizantes y antidepresivos.

La prevalencia de drogas médicas se inicia a los 60 años, primero en los hombres que en las mujeres, 32% entre 60-65 años y 27% entre 45-54 años; 85% de los ancianos toman depresores por prescripción y 15% sin ella (3% se automedican; 5% los usan por "recomendación" de una amistad) y 9% de ellos los emplean por más tiempo del indicado. En 32% la edad de inicio del consumo de opioides en México fue entre 60 y 65 años; 17% de los hombres empezaron a los 25-30 años de edad, con prevalencia de consumo de 6.7% en mujeres y 5.2% en hombres. La situación geográfica indica que en la región centro se encontró la mayor prevalencia (21.3%), seguida de la occidental, con 15.5%; las demás tienen entre 11.8% y 7.3%, respectivamente.

Aunque en general las mujeres consumen más, se observa que en las regiones sur y nororiental quienes consumen son varones. En la ciudad de México y en la región occidental el patrón es similar. El consumo de opioides por prescripción en ancianos (últimas cifras disponibles) es de 6.4% en la ENA 93. El consumo de otro tipo de depresores presenta prevalencia nacional de 3.4%. Sin

embargo, en las regiones de la zona metropolitana y centro es 7.4% y 7.6%, y en general su consumo es mayor en mujeres (4.2%) que en hombres (2 por ciento).

En el ámbito nacional los estimulantes los consume un porcentaje muy bajo (1.1%). Por regiones, se encontró que la mayor presencia ocurre en el centro (2.9%) y los utilizan más las mujeres (1.2%) que los hombres (0.9%) (INEGI, 2001). Paralelamente, en el anciano las enfermedades crónico-degenerativas son de más larga duración e implican terapias y medicamentos más costosos, asociados con periodos de hospitalización más largos (Encuesta Nacional de Salud II, 1994). Este grupo sufre mayor cantidad de enfermedades que los más jóvenes, por lo que consume desproporcionadamente más medicamentos (Encuesta Nacional de Salud II, 1994). Un estudio señala que 77% de las personas de 65 años y más toman al menos un medicamento y consumen aproximadamente 30% de los que se venden. Las estimaciones sobre el promedio de medicamentos que se utilizan a la vez varía entre 1.5 y 4.2. Además de ser costoso, el uso múltiple representa un riesgo clínico importante que, combinado con los cambios fisiológicos de la edad, aumenta la probabilidad de efectos adversos, cuyo riesgo depende de las combinaciones específicas de los fármacos.

Generalmente las mujeres los usan más que los hombres, aunque esta proporción se pierde al aumentar la edad. Sin embargo, las primeras pueden ser más susceptibles a los efectos adversos, ya que sufren una mayor disminución en la masa corporal. Un alto consumo afecta la calidad de vida de una persona, y si ésa disminuye por la polifarmacia que ayuda a prolongar la vida, se hace necesario considerar si su utilización es la más adecuada (León, Zunzunegui, Muñoz y Soria, 1991).

Los efectos adversos por tomar medicamentos se asocian con condiciones incapacitantes en esta población y, como factor causal, implican 10% de las hospitalizaciones. La prescripción de seis o más fármacos por año parece marcar la transición del uso *ocasional* al *constante* y potencialmente problemático. Distintos estudios señalan que el empleo de medicamentos se vincula con 25% de la admisión hospitalaria, y el riesgo de presentar efectos adversos aumenta con el número de fármacos usados. Con la presencia de mayor número de ancianos aumenta la atención hacia los padecimientos del final de la vida y el desarrollo de medicamentos más efectivos, pero su disponibilidad genera a la vez mayor consumo (García Fernández, González Pérez, Sánchez, Sánchez Bargaño, Vega y Méndez Rodríguez, 1994).

En los países desarrollados la mayoría de los medicamentos sólo se consiguen por prescripción, regulando su uso la práctica profesional. Sin embargo, distintos factores psicosociales tienen impacto decisivo en los patrones de utilización: vivir solo, sentimientos de soledad y síntomas depresivos se asocian con un alto consumo (Hurwitz, Holman, Strine y Chorba, 1989). Como quiera que sea, la prescripción inadecuada de fármacos en ellos es un problema ampliamente

conocido, aunque su magnitud aún se ignora. Y si bien existe un amplio uso de antipsicóticos, el problema va mucho más allá de esta categoría de fármacos. Además, el tipo de medicamento empleado se relaciona estrechamente con padecimientos crónicos. Por ejemplo, el uso de la morfina para aliviar el dolor o de los barbitúricos y demás sedantes-hipnóticos para el insomnio, cuya utilización se justifica por la pérdida de la facultad psicofísica y la cercanía a la muerte, da como resultado síntomas o cuadros depresivos y de ansiedad (Flaherty, Perry *et al.,* 2000).

De modo que los opioides y otros depresores son los de mayor consumo. Las benzodiacepinas, BDZ, se recetan ampliamente, y quienes las toman en muchas ocasiones continúan su uso indefinido (Ireland, 1993). Las medicinas que pueden causar dependencia deben estar restringidas a la prescripción, y su uso por autoadministración debe considerarse como no médico (dañino): abuso/dependencia (Ireland, 1993; Riedinger y Robbins, 1998).

Por otra parte, la polifarmacia, tema didáctico relevante en este comunicado, lo es también porque implica aspectos farmacodinámicos interesantes de comentar para sus fines preventivos (Flaherty, Perry *et al.,* 2000; Riedinger y Robbins, 1998). Cabe destacar que el súbito incremento en el número de personas mayores de 65 años, que por efectos del envejecimiento son más vulnerables a las enfermedades, en su mayoría requiere atención de farmacoterapia en servicios de salud. Las mismas consumen de dos a tres veces más medicamentos que el promedio de la población general, y tienen mayor probabilidad de sufrir reacciones medicamentosas.

Está documentada la relación entre senectud, alteraciones fisiológicas, patología múltiple y polifarmacia (Flaherty, Perry *et al.,* 2000) ("el consumo de más de tres medicamentos simultáneos," según la OMS), a la que deben agregarse las variables dosis del fármaco y periodos de hospitalización (Riedinger y Robbins, 1998). De hecho los casos hospitalizados son más propensos a sufrir reacciones medicamentosas, toda vez que el hospital favorece dependencia y sobreprotección. De 65 a 94% de los ancianos consume algún tipo de fármaco. Las reacciones secundarias a éstos ocurren en 25% de los mayores de 65-70 años. De los ingresos hospitalarios, 3-10% se deben a reacciones secundarias a fármacos, y 30% de éstos son ancianos (Caranasos y Busby, 1985). En realidad, las reacciones adversas a fármacos son la forma más frecuente de iatrogenia, y los fármacos son responsables del 50% de las complicaciones por hospitalización (Tataru, 2003).

La reacción adversa a medicamentos es "Cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva a las dosis utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento"; se complementa con "cualquier evento negativo asociado; asimismo, un fármaco en su uso normal, abuso o retirada".

La incidencia de la reacción adversa a medicamentos aumenta exponencialmente con el número de fármacos (de 0.4% con 5; 10% con 6-10 y

28% con 11-15). Son factores de riesgo en el anciano de edad avanzada, sexo femenino, número elevado de fármacos, mayores dosis y tratamientos prolongados, reacciones adversas previas, enfermedades subyacentes, valoración clínica inadecuada, mal cumplimiento terapéutico (apego), automedicación, estado nutricional alterado. Cabe señalar que 30% de las ram son dependientes de la dosis, por lo que el papel del profesional de la salud, general y especializado, es decisivo, ya que con frecuencia se convierte en el auditor de los fármacos prescritos por otros médicos, con el fin de evaluar periódicamente la validez del uso de cada medicamento.

Por ello no sólo es importante que el profesional de la salud conozca y esté familiarizado con los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que ocasionan, sino que ha de percatarse de la situación biopsicosocial, como la presencia de problemas mentales, soledad, pobreza, ignorancia, desconfianza, suspicacia, problemas sensoriales, depresión, falta de un cuidador, etc., todo lo cual contribuye a que se establezcan o no el apego terapéutico y sus respectivas consecuencias; 60% de los ancianos comete algún error en la medicación y 26% resulta en serias complicaciones.

Es imperativo que el profesional de la salud comprenda apropiadamente tanto los cambios fisiológicos por la edad como los fisiopatológicos que alteran la distribución, metabolismo y excreción de fármacos que modifican la acción de éstos (WHO, 1998). Desde la ingestión pueden presentarse problemas; la disminución de la saliva y las alteraciones en el peristaltismo esofágico pueden ocasionar que el fármaco se adhiera a la mucosa, causando una lesión local.

Como el pH del estómago del anciano es menos ácido y los jugos gástricos menos abundantes, la absorción de los medicamentos puede alterarse (Camus, Katona, De Mendonça Lima, 2003; WPA, 2004). La disminución de ácido, de la perfusión del aparato digestivo e incluso la del transporte activo de la membrana puede conducir a una absorción deficiente. Pero debido a un tránsito más lento, el fármaco puede permanecer más tiempo en contacto con la superficie de absorción, lográndose una compensación.

En el viejo aumenta el tejido adiposo y disminuyen la masa muscular y el agua corporal, lo que afecta la distribución de medicamentos solubles en lípidos o agua. Asimismo, al disminuir los niveles de albúmina sérica, los fármacos ligados a proteínas tendrán menor distribución. Con la disminución de la masa hepática tiende a decrecer 30% la depuración hepática; se deteriora el metabolismo oxidativo; disminuye el metabolismo de conjugación y se reduce el flujo sanguíneo hepático.

El metabolismo del hígado puede afectar algunos fármacos y condicionar su aumento de concentración plasmática (propranolol, verapamil, lidocaína); en cambio otros fármacos no se ven afectados (imipramina, amitriptilina, morfina, meperidina). El sistema microsomal enzimático hepático disminuye la biodisponibilidad de las sustancias ingeridas. Algunos fármacos producen

metabolitos activos: benzodiazepinas (diazepam), antidepresivos de aminas terciarias (amitriptilina e imipramina); tranquilizantes mayores (clorpromacina, tioridazina, mas no el haloperidol); analgésicos opioides (morfina, meperidina, propoxifeno).

Si estos metabolitos activos se acumulan por eliminación renal deficiente provocarán toxicidad. La masa y flujo renales disminuyen significativamente con la edad, y por lo tanto la filtración glomerular y la función tubular declinan, ocasionando una deficiencia en la eliminación renal de fármacos.

Otros efectos que se derivan del consumo de medicamentos también reciben influencia de la sensibilidad/densidad de sus receptores; por ejemplo, el efecto clínico de los betabloqueadores en una concentración sérica determinada es menor de lo previsto en ancianos, y éstos son más susceptibles a los efectos sedantes de las benzodiazepinas; así también los anticoagulantes (warfarina) tienen un mayor efecto. La sensibilidad de los barorreceptores encargados de la tensión arterial declina con la edad, provocando mayor hipotensión postural, causada por diuréticos, tranquilizantes, hipotensores y L-dopa. El uso de fenotiazinas puede producir hipotermia (Chiu, Graham, Katona y Tataru, 2005; Souza y Cruz, 2007b). El envejecimiento afecta de forma variable cognición, memoria, inteligencia, personalidad y conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento como tal, pues a menudo se derivan de otras patologías (O'Brien, Ames, Gustafson, Folstein y Chiu, comps., 2004). La disminución en la capacidad mental o en el rendimiento puede deberse a enfermedades tratables (depresión, hipotiroidismo, etc.) (Baldwin, Chiu, Katona y Graham, 2002). Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socioambientales, incluido el entorno asistencial (Giron, Wang *et al.,* 2001).

La seudodemencia (depresión o psicosis) es una forma extrema de tal interferencia (Mental Health Law, 2002). Baste señalar que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es de 15-25% en personas de 65 años que viven en la comunidad y de 27-55% en las hospitalizadas. Los trastornos psiquiátricos son diagnóstico primario o secundario en 70-80% en los internos de residencias, y se ha comunicado que hasta 94% de los casos presentan algún trastorno psiquiátrico. Entre los trastornos cerebrales que causan demencia, el tipo Alzheimer es más frecuente, y afecta a alrededor de 10% de las personas de 65 años, y al menos 25% de las de 85 años (Mental Health Law, 2002; Cummings, comp., 2003). La personalidad se mantiene estable con la edad, aunque la estabilidad de la conducta es motivo de controversia.

Normalmente la capacidad de adaptación psíquica y conductual se mantiene, y por lo regular no retrocede ni se rigidiza. Las conductas o rasgos cada vez más exagerados, inadaptados e imposibles de modificar indican problemas neuropsiquiátricos. Aunque los ancianos piensan a menudo en la muerte, le temen menos que los de otros grupos de edad. Los pensamientos o

conversaciones sobre la muerte son habituales entre ellos, que probablemente tienen entre sus iguales y parientes personas que han muerto o están muriendo.

La enfermedad terminal, la depresión subyacente u otros conflictos predisponen a algunos de ellos a la ansiedad sobre la muerte, que lleva al desaliento. Cuando experimentan pérdidas significativas (cónyuge, compañero, nivel socioeconómico, salud física o independencia global, etc.) muestran a menudo baja autoestima. La pérdida de control sobre la propia vida puede resultar tan perturbadora que se traduzca en síntomas físicos, que representan esfuerzos inadaptados para controlar a otras personas, captar la atención o enviar una señal de ayuda.

Ciertos factores psicosociales agravan los problemas físicos existentes y precipitan los latentes (Gustafson, Burns, Katona *et al.,* 2003). Los trastornos por ansiedad generan malestar físico a más de la mitad de los ancianos, con síntomas gastrointestinales (colon irritable, colitis espástica, gastritis, ardor de estómago, náuseas, diarrea, estreñimiento). Más de 25% de ellos tiene deficiencia auditiva, cuya privación sensorial puede dar lugar a síntomas psicóticos (ideas delirantes o delirios) (Gustafson, Burns, Katona *et al.,* 2003; Lyketsos, Delcampo, Steinberg *et al.,* 2003). La coexistencia de trastornos psicofísicos puede precipitar un declive psicofísico adicional.

Un anciano débil con depresión o psicosis puede no ser capaz de tomar apropiadamente los fármacos para el control de sus males. Además, el consumo de alcohol a menudo ocurre hasta el punto de causar daño psicofísico y social; de 2 a 10% de los ancianos que viven en comunidad cumplen los criterios de abuso/alcoholodependencia.

Incluso la conducta de beber que no alcanza un diagnóstico formal de alcoholismo produce, no obstante, una morbimortalidad considerable (OPS, 2002). Alrededor de 50% de adultos de 65 años o mayores dicen consumir alcohol al menos ocasionalmente; sin embargo, es menos probable que beban alcohol o sean alcohólicos los ancianos mayores de 75 años que los adultos jóvenes (Salgado de Snyder y Díaz Pérez, 2002).

Un estudio señala que 70% de los ancianos de una ciudad afirmó haber bebido alcohol en el último año; el 8.4% dijo consumir dos o más bebidas por día. En contraste, en los del área rural sólo 46% afirmó haber bebido alcohol en el último año y 5.4% dijo consumir dos o más bebidas por día.

La prevalencia de alcoholismo es mayor en ancianos residentes de centros asistenciales que en la población anciana general, correspondiente a 4-10% de los pacientes vistos por los médicos de atención primaria, 14% de los pacientes de servicios de urgencias, 10-21% de los hospitalizados y 3-49% de los alojados en residencias. Sólo 10-15% de ellos, aunque beben mucho, no cumplen los criterios de adicción. La tasa de hospitalización relacionada con el etanol entre ancianos es elevada (ligeramente superior a la del infarto de miocardio) (García

Fernández, González Pérez, Sánchez, Sánchez Bargaño, Vega y Méndez Rodríguez, 1994).

Las poblaciones con una gran proporción de personas con enfermedad o discapacidad crónica suelen presentar menores tasas de consumo etílico, aunque en estas poblaciones existen personas cuya discapacidad las ha llevado a ingerir grandes volúmenes. La interacción social también afecta el consumo de alcohol; los jubilados que residen en la comunidad y llevan una vida social más activa tienen mayor posibilidad de alta ingestión que los que alternan menos.

El abuso del alcohol de hasta 30% ocurre en ancianos en programas de tratamiento. Cuando el comienzo es tardío afecta menos a largo plazo sus recursos sociales que los de sus compañeros, no obstante que su inicio se deba a pérdidas o problemas relacionados con la vejez. La prevalencia de un consumo irrestricto o dependencia se reduce después de los 65 años, porque la población anciana actual tiene menos hábitos de bebida que sus predecesores; la proporción femenina/masculina de la población aumenta con la edad, y es menos probable que las mujeres consuman alcohol; el declive de la salud o las deficiencias funcionales que acompañan al envejecimiento conllevan una disminución de la ingestión etílica, o bien las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol impiden a muchos adictos alcanzar la vejez (Tataru, 2003).

Además, por razones fisiológicas (aumento de la grasa corporal y disminución de la masa corporal magra y del agua total del cuerpo) los ancianos presentan mayores niveles de alcohol en sangre, NAS, por ocasión de consumo, amén de una disminución de la enzima alcohol-deshidrogenasa gástrica. No está claro si tal disminución se produce en las mujeres, pues ellas tienen un menor nivel de actividad que los hombres (Salgado de Snyder y Díaz Pérez, 2002). La capacidad hepática para metabolizar el alcohol también se reduce con la edad, pero el cambio no se refleja clínicamente. Asimismo, la función renal se ve afectada con la edad y al menos 5% del etanol se excreta por riñón. De modo que la susceptibilidad a los efectos psicomotores del etanol puede aumentar con la edad.

Cabe señalar que aunque la bebida de ligera a moderada se asocia con una mejor salud (menor enfermedad cardiovascular), el consumo de más de dos bebidas por día aumenta el riesgo de efectos adversos, incluidos hipertensión, cáncer (de cabeza, cuello y esófago) y cirrosis.

En el anciano con mayor nivel de NAS por ocasión de consumo no se recomienda la ingestión de más de una bebida por día (30 centímetros cúbicos). El alcoholismo se acompaña de deficiencias nutricionales, en particular la deficiencia de tiamina (asociada con la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff), folato, piridoxina, niacina y vitamina A. Otras deficiencias, como hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia, pueden ser importantes en la intoxicación aguda o en la abstinencia (Souza, 2000e). El

anciano adicto es particularmente susceptible a la disminución del funcionamiento cognitivo y físico, aunque se desconoce la cantidad de alcohol requerida para ello (Burns, Lawlor y Craig, comps., 1999). El patrón de consumo etílico es importante para determinar el riesgo de enfermedad o lesión (el número de bebidas consumido por ocasión es un factor de riesgo importante para la muerte por lesiones). Cabe considerar que en esta población muchos fármacos de uso común interactúan adversamente con el etanol. Cimetidina, ranitidina y nizatidina inhiben la alcohol-deshidrogenasa, aumentando el NAS 30-40%, lo que causa somnolencia, ataxia y delirium (Draper, 2003).

El alcohol tomado con fármacos que suprimen la función del sistema nervioso central (benzodiazepinas) perjudica el equilibrio y predispone a las caídas, causa sedación y alarga el tiempo de reacción, lo que contribuye a los accidentes. Los antinflamatorios no esteroideos, AINES, tomados en presencia de alcohol, prolongan el tiempo de sangrado y aumentan la gastritis. Determinar la dosis correcta de warfarina puede resultar difícil si el paciente consume alcohol, debido a las tasas variables del metabolismo hepático.

El paracetamol, al combinarse con alcohol, puede originar insuficiencia hepática; dado que la cantidad requerida para causar daño es muy individual, se aconseja a las personas que lo toman abstenerse de beber alcohol.

Algunos síntomas importantes de la adicción etílica pueden manifestarse en los ancianos en forma atípica, convirtiendo el diagnóstico en un reto.

El bebedor anciano tiene menos posibilidad de consumir mayores volúmenes, pues requiere menor cantidad para aumentar el nivel de alcohol en sangre, y la pérdida del control sobre la bebida es más sutil (Gómez, Curcio y Gómez, 1995). De modo que el declive social puede presentarse de manera diferente en este grupo (Ireland, 1993). Dado que es menos probable que los que lo integran trabajen o conduzcan, tienen menor posibilidad de ser detectados como adictos en su entorno. Por lo tanto su deterioro debe advertirse en el descuido personal, la desnutrición, la falta de salud o el abandono de actividades.

Otros problemas relacionados con la edad causados o exacerbados por el consumo de grandes volúmenes de alcohol son la incontinencia urinaria, como consecuencia del rápido llenado de la vejiga y la pérdida de control neuromuscular de la función de la misma (el etanol inhibe la secreción de hormona antidiurética y afecta el control neuromuscular), ataxia derivada de la degeneración cerebelar inducida por el alcohol, neuropatía periférica o intoxicación aguda, depresión y episodios suicidas, insomnio y otros trastornos del dormir y del soñar, demencia y delirium (O'Brien, Ames, Gustafson, Folstein y Chiu, comps., 2004).

El anciano alcohólico consulta por complicaciones médicas (hipertensión o diabetes de difícil control, alteraciones gastrointestinales, neuropatía periférica), crisis no explicadas o por problemas relacionados con el ajuste de la dosis de fármacos (warfarina y difenilhidantoína). Mas los traumatismos relacionados

con el alcohol son menos habituales entre los adictos mayores que entre los jóvenes.

El alcoholismo causa o exacerba los trastornos relacionados con la edad (síndromes geriátricos); los síntomas de abstinencia son similares en los grupos de edad, pero en la población anciana se confunden a menudo con trastornos médicos. Los síntomas precoces de la abstinencia (tremor, taquicardia y taquipnea), así como los síntomas posteriores (delirium, crisis convulsivas y alucinaciones), se atribuyen a otras causas.

Para realizar el diagnóstico clínico son útiles las pruebas de laboratorio, aunque no existe ninguna específica (Souza, 2000e). La elevación de la γ-glutamiltransferasa, que indica la inducción de enzimas hepáticas, y un volumen corpuscular medio elevado pueden indicarlo, pero estos niveles también suelen estar elevados en ancianos no alcohólicos.

Un nivel de alcohol en sangre superior a 100 mg/dl (> 21.7 nmol/l), sin signos de intoxicación, es buen indicio de la tolerancia etílica, e indica dependencia (Souza, 2000e). Los instrumentos codificados disponibles para la detección son múltiples (índice de gravedad de la adicción; perfil de adicción de Maudsley; Michigan Alcoholism Screening Test; escala de intensidad de la dependencia del alcohol; escala multidimensional de craving de alcohol). Destacan entre los más útiles y sencillos CAGE (evalúa el diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol) y AUDIT (evalúa la detección de bebedores de riesgo así como los problemas derivados de éste; es un instrumento sencillo y de alta utilidad, recomendado por la OMS) (Burns, Lawlor y Graig, comps., 1999; Souza, 2006b).

Para el diagnóstico clínico se recomienda la historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCPCA (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaugin, 1998). Para su manejo es importante establecer estrategias contra el deseo-necesidad imperiosa de consumo, D-NIC. Cuando existen problemas médicos o psicosociales que contribuyen a la necesidad de consumir alcohol, se proponen estrategias eficaces de afrontamiento y se establece un asesoramiento más prolongado (Souza, 2007a). Por ejemplo, el dolor crónico puede llevar a un mayor consumo alcohólico, de modo que el manejo eficaz del mismo puede reducir la ingestión (Caranasos y Busby, 1985). Lamentablemente, los programas profesionales (estructurados) diseñados de manera específica para estos pacientes son escasos, y deben adaptarse a trastornos médicos, cognitivos y psiquiátricos, así como a los problemas sociales habituales (jubilación, muerte, separación, etc.) (Caranasos, 1990).

Después de finalizar un programa estructurado, muchos adictos encuentran ayuda en grupos de ayuda mutua y demás programas no profesionales (Souza, 2007a). Los pacientes demenciados rara vez pueden mantener la abstinencia, a no ser que se restrinja su acceso al alcohol (Caranasos, 1990). Cuando el paciente no puede dejar de beber el tratamiento se centra en la prolongación de

los periodos de abstinencia, aumento al máximo de la función y reducción del sufrimiento.

La asesoría continua sobre los beneficios de reducir la ingestión de alcohol no tiene eficacia inmediata pero es útil a largo plazo. Cuando se combina con la valoración médica, psiquiátrica y psicoterapéutica, así como con la atención a los problemas sociales, el manejo reduce las tasas de morbimortalidad y mejora la calidad de vida (Souza, 2007a).

Como los campos de las adicciones a psicotrópicos y la geriatría han reconocido a lo largo de los años los beneficios de un enfoque de equipo para su manejo, el profesional de la salud deviene indispensable desde la fase inicial de detección y el tratamiento del abuso/dependencia de sustancias (Draper, 2003; WPA, 2004). A la vez, es esencial educar a los pacientes y a sus familiares sobre los efectos adversos de la automedicación o consumo de sustancias, así como ofrecer apoyo a través del proceso de intervención. Tanto los familiares como los cuidadores y los pacientes suelen desconocer los efectos adversos del consumo abusivo de alcohol (WPA, 2004). No obstante, a menudo los seres queridos no desean intervenir cuando la bebida parece complacer al anciano.

Es imperativo instruirlos acerca de los perjuicios de la bebida (demencia, incontinencia, depresión, ataxia, caídas) y los beneficios de la abstinencia (Gómez, Curcio y Gómez, 1995; Cigolle, Langa, Kabeto, Tian y Blaum, 2007), considerando los argumentados maniqueos de la visión seudofilosófica de los “derechos de cada persona” para justificar la adicción. Asimismo, conviene enfatizar las posibles interacciones entre el etanol y ciertos fármacos (García Fernández, González Pérez, Sánchez, Sánchez Bargaño, Vega y Méndez Rodríguez, 1994; Hurwitz, Holman, Strine y Chorba, 1989).

Dado que la dependencia etílica puede ser una enfermedad terminal, el profesional de la salud (psicoterapeuta) puede ayudar al paciente a dirimir sus preocupaciones sobre la muerte, a poner en orden sus asuntos y a tomar decisiones sobre las actuaciones médicas en diferentes circunstancias. Ahora, respecto a otros psicotrópicos ilegales, cabe enfatizar que, acorde con la epidemiología, tal tipo de consumo es poco común entre los ancianos. La mayor parte de las veces se inclinan por el consumo de psicofármacos (Encuesta Nacional de Salud II, 1994).

Además, los efectos adversos de éstos, en especial los que se venden con receta, e incluso sin ella, son bastante frecuentes. Los alcohólicos corren un riesgo especial de un consumo inadecuado de psicofármacos. Las benzodiazepinas y los opiáceos son las categorías con mayor posibilidad de causar problemas a los ancianos; 20% consumen benzodiazepinas y mientras el abuso/dependencia de alcohol es más frecuente en los varones, el de las benzodiazepinas lo es en las mujeres.

Distintos estudios indican que la mayoría de las personas a quienes se prescriben benzodiazepinas suelen tomarlas siguiendo la prescripción o incluso

en una cantidad menor; aunque se tomen según la prescripción, puede aparecer tolerancia, dependencia, efectos adversos y toxicidad. Además, se ha demostrado que las benzodiazepinas de acción prolongada aumentan de forma significativa el riesgo de caídas y fracturas de cadera, peligros especialmente graves a esta edad.

Dado que la vida media de algunos de estos productos es aún más prolongada en los ancianos, el fármaco se acumula en el cuerpo y alcanza un estado tóxico. Los elevados niveles de benzodiazepinas en sangre causan disartria, ataxia y delirium (Ireland, 1993). Si bien existen pocos estudios sobre abuso/dependencia de opiáceos en ancianos, su consumo inadecuado e intencional es infrecuente. No obstante, los efectos adversos de las dosis prescritas (estreñimiento, retención urinaria, delirium, y en especial las caídas) son riesgosos (Cigolle, Langa, Kabeto, Tian y Blaum, 2007).

La adicción a la nicotina en esta población es un trastorno relacionado con psicotrópicos más habitual que la dependencia etílica. Las enfermedades relacionadas con el tabaco causan una enorme morbimortalidad, e incluso se han documentado los beneficios de dejar de fumar. El consejo del médico es muy eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar, y debería brindarse siempre que se presente la ocasión (Giron, Wang *et al.,* 2001; Souza, 2007a). En cualquier caso, una terapéutica de muchos fármacos refleja una multipatología, que facilita las reacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, como en el caso de los anticolinérgicos, que exacerban el prostatismo, y los diuréticos, que precipitan la hipotensión postural (Flaherty, Perry *et al.,* 2000).

La inhibición del metabolismo del fármaco al parecer no se ve afectada por la edad, pero la interacción entre fármacos (cimetidina, ciprofloxacina o eritromicina) inhibe el metabolismo de la teofilina hasta 30%, por lo que ésta se mantiene activa y ocasiona toxicidad. Los bloqueadores H2 (cimetidina y ranitidina) pueden producir confusión o delirium. La inducción del metabolismo de un fármaco por otro ocasiona un metabolismo acelerado que nulifica el efecto terapéutico.

En consecuencia, se recomiendan los objetivos de la farmacoterapia efectiva: mejorar el cumplimiento del tratamiento (la falta de apego terapéutico causa 11% de las hospitalizaciones en este grupo de edad), reducir el riesgo de efectos adversos, mejorar la eficacia a una dosis mínima, seleccionar los costos más bajos posibles y simplificar la dosificación (Flaherty, Perry *et al.,* 2000).

Al efecto, es recomendación pertinente para el logro de una prescripción de fármacos efectiva que el paciente lleve todas sus medicinas al médico, evitar los fármacos PRN, seleccionar un fármaco con utilidad múltiple, revisar contraindicaciones e interacciones, iniciar a dosis bajas, monitorear reacciones adversas, instruir al paciente sobre su manejo y asegurarse de que entienda, revisar periódicamente el apego terapéutico, simplificar el régimen de tratamiento y retirar fármacos cuando sea posible, mantener buena comunicación médico-paciente, utilizar recordatorios (calendarios, recipientes

de colores y de fácil manejo y apertura, con etiquetas y letras grandes y claras), además de la explicación verbal en repetidas ocasiones y por escrito de cómo tomar el medicamento, deshacerse de fármacos antiguos o descontinuados, corroborar si el paciente está cumpliendo correctamente la prescripción mediante preguntas directas o indirectas, efectuar el conteo de tabletas sobrantes, mantener el contacto con la farmacia que surte las recetas.

A veces se requerirá la medición de la concentración sérica del fármaco, contar con personas que supervisen el régimen del paciente, prescribir siempre la misma marca comercial, si es posible "integrar" las tomas de los fármacos dentro de la "rutina" del paciente (a la hora de levantarse, preparar el alimento, etc.). Todo ello consolida el apego terapéutico, entendido en términos de la coincidencia de la conducta de una persona con la receta médica (Flaherty, Perry *et al.,* 2000). Si esto no ocurre, puede deberse a causas tanto intencionales como no intencionales.

Es común que los ancianos reciban varios fármacos para tratar sus enfermedades, y esto puede ser motivo de confusión en su manejo. Además, pueden cursar con deterioro cognitivo, visual, auditivo; limitaciones físicas, falta de instrucciones claras; problemas económicos, estados depresivos e incluso una condición psicopatológica no tan rara, manifestada por la "necesidad de sufrir". Se sabe que los ancianos que viven solos suelen tener menor apego a su tratamiento.

De modo que el incumplimiento de la farmacoterapia es trascendental en la evolución de las enfermedades, como el manejo a largo plazo de la dependencia, y en la decisión de hospitalización, como complicación de la falta o el exceso de un fármaco (Ireland, 1993). En vista de que lo habitual es que se realicen modificaciones a sus prescripciones, procede realizar un esquema elemental para el ajuste de los tipos y dosis de fármacos. Los que deben prescribirse con más precaución son benzodiazepinas, neurolépticos, antiparkinsónicos, antieméticos, antihistamínicos, diuréticos, antihipertensivos, digoxina, cimetidina, AINE y corticosteroides. Algunos de éstos tienen un índice terapéutico bajo y, por lo tanto, mayor riesgo de toxicidad.

Es conveniente reducir su dosificación a la mitad o un tercio de la dosis usual en adultos (Chiu, Graham, Katona y Tataru, 2005). Los fármacos con índice terapéutico alto (acetaminofén, penicilina, cefalosporinas) no necesitan reducir sus dosis. Debe tomarse en cuenta el peso y la talla del paciente para dosificar los medicamentos (Flaherty, Perry *et al.,* 2000).

En el caso de los *psicofármacos,* éstos deben prescribirse después de utilizar las otras alternativas complementarias de manejo (buen cuidado personal y trato humano, modificaciones ambientales, uso de terapias físicas y ocupacionales, etc.). Cabe enfatizar que no se estima ético emplear este tipo de fármacos sólo como medida restrictiva del comportamiento. Los antipsicóticos controlan la agitación y los problemas del comportamiento, por lo que devienen útiles en la

demencia; disminuyen la paranoia, pero pueden aumentar la confusión, producir disquinesia tardía, sedación, hipotensión postural, efecto anticolinérgico, parkinsonismo y acatisia. El haloperidol (Haldol®), adecuado en caso de delirium y demás cuadros psicóticos, puede deprimir la contractilidad miocárdica. La perfenazina (Trilafon®) es útil contra las alteraciones de conducta (diurna). La levomepromazina (Sinogán®) contrarresta el insomnio. La clozapina (Leponex®) es el antipsicótico que menos reacciones extrapiramidales produce. La risperidona (Risperdal®) y otros antipsicóticos equivalentes se indican en psicosis que cursan con alucinaciones, delirios, ilusiones, alteraciones del pensamiento, hostilidad y/o síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abandono emocional y social, disminución de la expresión, pobreza en el lenguaje).

También se indica como terapia adjunta con estabilizadores del humor en el tratamiento de episodios maniacos asociados con el trastorno bipolar, caracterizados por síntomas como humor elevado expansivo o irritable, autoestima elevada, disminución en la necesidad de sueño, verborrea, fuga de ideas, distractibilidad o falta de juicio, incluyendo comportamiento agresivo o disruptivo.

Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al producto, depresión por alcoholismo o que tomen depresores del sistema nervioso central, pacientes comatosos o con enfermedad de Parkinson. La olanzapina (Zyprexa®) está indicada en el manejo agudo y de mantenimiento de psicosis en las que predominan síntomas positivos (ilusiones, alucinaciones, trastornos del pensamiento, hostilidad y desconfianza) y/o síntomas negativos (disminución afectiva, aislamiento emocional y social, pobreza de lenguaje), como monoterapia o en combinación con litio o valproatos (Chiu, Graham, Katona y Tataru, 2005; Ireland, 1993). La dosis de inicio, en general, corresponde a una cuarta parte de la del adulto. Deben vigilarse los efectos y suspender el tratamiento en cuanto sea posible si existe algún problema. Estos fármacos pueden implicar riesgo de caídas y fracturas.

No se recomienda el uso de anticolinérgicos como forma de prevenir efectos extrapiramidales. Sin embargo, pueden ser utilizados la benzotropina (Cogentin®) o el trihexifenidil (Artane®). Las benzodiazepinas, dados sus inconvenientes de efectos colaterales, agitación, poca tolerancia y potencial de abuso en general, están proscritas en pacientes geriátricos, pero pueden ser de gran utilidad cuando existe riesgo de extrapiramidalismo por neurolépticos.

No obstante, el clonazepam (Rivotril®) en gotas tiene efecto ansiolítico, induce el sueño y es útil en casos de delirium y presencia de ideas delirantes; además controla alteraciones de la conducta. Los antidepresivos pueden tener efecto analgésico, hipnótico y ansiolítico. Son útiles en la incontinencia urinaria (inestabilidad del músculo detrusor).

Deben escogerse los que menos efecto anticolinérgico tengan, por lo que en los tricíclicos, aunque son relativamente baratos y efectivos, dicho efecto puede limitar o restringir su uso, especialmente en ancianos. Los antidepresivos con buena acción sedante como mianserina (Tolvón®) se usan en casos de agitación, para controlar insomnio, vagabundeo y ansiedad. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, ISRS, como paroxetina (Paxil®, Aropax®), citalopram (Seropram®), escitalopram (Lexapro®), fluoxetina (Prozac®, Fluoxac®), sertralina (Altruline®, Sertex®), venlafaxina (Efexor®, Odven®) inhibidor (dual) de serotonina y noradrenalina, casi no tienen efecto anticolinérgico y, aunque su costo es mayor, representan una buena opción para tratar estados depresivos con ansiedad asociada y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los estabilizadores del humor, como el carbonato de litio (Carbolit®) y la carbamazepina (Tegretol®), resultan útiles para el tratamiento de estados maniaco-depresivos y sirven como coadyuvantes del manejo de la agitación. El valproato de sodio (Depakene®, Epival®) tiene utilidad en el tratamiento del deterioro social de la demencia senil, trastornos de conducta, estado de ánimo y procesos cognitivos vinculados. El valproato de magnesio (Trankitec®), por su utilidad antiepiléptica, antimigrañosa y antimaniaca, ofrece control de la agitación, al igual que la gabapentina (Gapridol®), la lamotrigina (Lamictal®) y el topiramato (Topamax®), que si bien no están indicados formalmente en la bibliografía para su uso en ancianos, por su condición de antiepilépticos ofrecen una acción neurorreguladora y sedante, útil en cuadros de excitación nerviosa o agitación, bajo el esquema dosis-respuesta (Chiu, Graham, Katona y Tataru, 2005; Ireland, 1993).

Otras sustancias o medicamentos de consumo en ancianos son los analgésicos. Muchos de tales pacientes padecen artritis y consumen grandes cantidades de AINE (de fácil absorción pero que retienen sodio y agua); unidos a las proteínas compiten y desplazan a otros fármacos (hipoglicemiantes y anticoagulantes). Se pueden acumular metabolitos que por hidrólisis reconstruyen el fármaco original. Un aspecto a considerar es que la depuración de sustancias (salicilatos, naproxeno y oxaprozín) está disminuida en ellos. El acetaminofén, como no modifica su metabolismo, es bastante seguro. Son medidas coadyuvantes contra el dolor la acupuntura y otros medios no farmacológicos. Por último, es frecuente que en esta población la inmovilidad, los fármacos anticolinérgicos, la falta de fibra y líquidos en la dieta, causen constipación, por lo que es preciso mejorar tales condiciones antes de pensar en el uso de laxantes. Puede iniciarse con los formadores de bulto hidrófilos, luego con los irritantes y/o combinarse con los de tipo lubricante. Sin embargo, los laxantes pueden interferir con la absorción de nutrientes y favorecer las pérdidas líquidas y de electrolitos (Chiu, Graham, Katona y Tataru, 2005; Ireland, 1993). El incremento poblacional de este segmento traduce la exigencia de cambios y actualización para las instituciones públicas de seguridad social, tanto en el

ámbito de las pensiones como en el de la atención a la salud (Carnasos, 1990; Chiu, Ames y Katona, comps., 2002), los que deben rescatarse del abandono en el que han caído. El consumo de sustancias (epidemia silenciosa) es un peligro para su seguridad y subsistencia (WPA, 2004; Knaul, Arreola, Borja, Nigenda, Ruiz de Chávez y Soberón, 2004).

No obstante que no existe adicción grave, como en otras edades, los ancianos están sometidos y su polifarmacia debe revisarse (Flaherty, Perry *et al.,* 2000). El cambio social incesante hacia la tercera edad impele, a la vez, a realizar cambios socioculturales radicales y una redefinición del significado de la vejez en términos de su valía y en pro de nuevas formas de integración comunitaria en su más amplio sentido (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002; Tirán, 1995).

Es urgente un cambio radical en la política social de Estado, en la que el esfuerzo de la sociedad civil y las organizaciones de adultos mayores se coordinen con el gobierno y los empresarios para enfrentar este reto, que, de no atenderse, compromete seriamente el desarrollo del país (Salles, 1994).

RESUMEN

Se presenta una visión epidemiológica concisa sobre el envejecimiento y el significado de la tercera edad, proceso que se caracteriza por aumento de morbilidad, disminución de independencia, adaptabilidad, deterioro de modelos sociofamiliares, retiro del trabajo, merma en la capacidad socioeconómica y restricción psicofísica. Se destaca la importancia, en esta población, de las enfermedades crónico-degenerativas, cuya más larga duración implica terapias y medicamentos más costosos, asociados con periodos más prolongados de hospitalización. La prevalencia de consumo de sustancias en esta etapa de la vida se pronuncia hacia drogas médicas, más que a los psicotrópicos de abuso. No obstante, las mismas provocan diversos problemas de abuso/dependencia y automedicación. Tras el planteamiento de la fisiopatología de la vejez y su relación con el consumo de etanol, fármacos de uso médico y psicofármacos, se discuten algunos factores participantes en las alteraciones fisiológicas, la patología múltiple y la polifarmacia, señalando con interés didáctico la reacción adversa a medicamentos y las recomendaciones a seguir para su prescripción adecuada. Partiendo de los principales y más recientes datos oficiales disponibles en México, cuyas cifras muestran un panorama desalentador que impele a la reflexión y a la búsqueda de posibles soluciones institucionales de manejo a mediano y largo plazo, se concluye aludiendo al peligro de la epidemia silenciosa como una amenaza a su seguridad y subsistencia. Se manifiesta, asimismo, la necesidad de un cambio sociocultural y la redefinición del significado de la vejez

en términos de su valía y en pro de nuevas formas de integración comunitaria en su más amplio sentido.

* Modificado de Souza y Cruz, 2008c.

TERCERA PARTE
TRATAMIENTO

XXIII. DOS PALABRAS SOBRE TERAPÉUTICA ANTIADICTIVA*

SI SE HACEN a un lado las consideraciones generales del problema y las múltiples afecciones que ocasiona el abuso/adicción de los pacientes en las personas vinculadas con ellos (familiares, pareja, condiscípulos, amigos, compañeros de trabajo, etc.) (Souza, 1990a; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985), el análisis crítico de la terapéutica antiadictiva descubre dos condiciones importantes, por las que clínicos e investigadores la han descrito como un asunto desgastante y difícil de manejar para el profesional de la salud (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Souza, Mercado, Martínez, Arciniega, Solís, Aparicio, Basilio, Tagle, Martínez, Palacios y Domínguez, 2000): la existencia de un binomio de exigencia-fracaso.

Éste se caracteriza por una compleja y paradójica dualidad: el cúmulo de las habilidades que exige su ejercicio a quien lo realice, y la frustración que a corto o mediano plazo, debido a sus especiales características, éste suele producir.

Dicha frustración puede incrementarse incluso hasta hacerse un potencial generador del llamado síndrome de exhausión, que como en otras áreas de la medicina especializada (terapia intensiva, servicios de urgencias, salas de atención de pacientes graves, oncológicos, quemados, terminales, etc.) reta frontalmente la técnica médica, pone a prueba el profesionalismo y desgaja la paciencia del personal, a la vez que pone en riesgo la integridad de su salud (Souza, 1988d; Souza, 2000e).

Por lo que se refiere a la otra parte, precisa señalar que el tiempo que requiere un tratamiento para considerarse útil contra los síndromes adictivos —que generalmente involucra el consumo de múltiples psicotrópicos— nunca es breve. La labor es difícil, complicada y prolongada (Souza, 1988d). Esto es, requiere lapsos continuos, no menores de cinco años, según sea el esquema o modelo terapéutico empleado y las metas a alcanzar en la rehabilitación de cada caso (Souza, Martínez y Mercado, 1999; Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 1999).

Llama la atención que una buena parte de los estudios actuales realizados con miras a conocer cómo es la labor, y de qué depende su éxito o fracaso, consideren que las variables más importantes para lograr un pronóstico favorable a largo plazo, derivado de la terapéutica antiadictiva, son precisamente las actividades

realizadas durante el postratamiento. Es decir, las relativas a la participación desarrollada por los pacientes en el grupo terapéutico, así como los cuidados que reciban, como parte del manejo farmacológico y psicoterapéutico empleado bajo indicación personalizada (Souza, 1997a; Hansen, 1997), como en aquellos casos donde se requiere administrar y supervisar fármacos para el manejo agudo, o para su mantenimiento a largo plazo, u otras maniobras con familiares, destinadas a corregir y mantener la mejoría del cuadro (Merril y Menza, 2002), independientemente del apoyo de los grupos de ayuda mutua, destinado a mantener la abstinencia y a prevenir las recaídas (Miller, Ninonuevo, Klamen, Hoffman y Smith, 1997).

En relación con la eficacia de estos grupos —por cierto aún no pertinentemente documentada ni avalada por datos de investigación clínica aplicada—, ésta parece depender en esencia de la meta propuesta, no tanto de los procedimientos (Heinrich y Lynn, 2002). Además, mucho de lo que ocurre en ellos no es generalizable en la práctica por ser *sui generis,* pues cada grupo privilegia "su" esquema y su "experiencia", de la cual se derivan distintas formas de abordaje y resultados con el devenir de los pacientes. De modo que tal aproximación no sigue el perfil de actuación señalado por la especialidad, sino, como es bien sabido, su bibliografía teórico-anecdótica, la cual, no obstante, no conforma un manual de manejo para pacientes adictos.

Quizá por ello difícilmente alcanzan a lograr las metas terapéuticas planteadas por los comités de expertos con iguales o mejores resultados. Y en tanto no cuenten con evaluaciones de sus actividades, difícil será saber si son efectivas y en qué medida. En otras palabras, la anarquía en el tratamiento de las adicciones en nuestro país —aún dentro de la medicina— seguirá siendo un hecho consumado y reprobable, mientras cada encargado de manejar un caso (¿terapeuta?) realice su plan "terapéutico" sin preparación *ad hoc,* desacatando u omitiendo la normatividad al efecto y, sobre todo, sin una adecuada supervisión médica y psicológica (Souza, 1988d; Heinrich y Lynn, 2002; Abstracts of the 4th European College of Neuropsycho-Pharmacology Workshop: Neuropsychopharmacology of Addiction, 2003). Debido a la iatrogenia que han producido y a la charlatanería que los ha caracterizado, muchos de los grupos sin instrucción académica formal, pese a su noble intención —aquí hasta se pueden incluir algunos profesionales—, siguen siendo señalados en la bibliografía internacional como altamente discutibles para recomendarlos como sustituto adecuado del manejo psiquiátrico antiadictivo, ya que aunque son de mucha utilidad cuando operan bajo el esquema de colaboración conjunta con la especialidad, ello no siempre se logra, porque requiere un mecanismo exento de conflictos de poder y suspicacias para que se mantenga, sin contraindicaciones con la filosofía y procedimientos médico, psicológico y psiquiátrico, a lo largo del tiempo (Souza, 1988d; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

Es precisamente debido a ello que la observación puntual de la historia clínica y terapéutica de cada paciente se convierte en una herramienta indispensable para el manejo, y será mucho más confiable aún toda vez que, apoyada en la experiencia documental, señale el uso de distintos recursos y maniobras simultáneos en la búsqueda del mejor manejo riesgo-utilidad y costo-efectividad. De ahí la importancia de realizar buenas historias clínicas a los pacientes, contrastar la bioestadística obtenida con otros centros de tratamiento, realizar la investigación apropiada y las evaluaciones correspondientes para una más eficaz retroalimentación (cuadro XXIII.1).

El manejo de la psiquiatría de las adicciones brevemente descrito se conceptúa, de manera esencial, en términos de ambientes libres de drogas, terapeutas calificados, actividades diseñadas *ad hoc,* seguimiento de la normatividad de la salud, etc., lo cual es más deseable y menos iatrógeno, aunque no por ello disminuya necesariamente el número de recaídas, su frecuencia y las alteraciones clínicas concomitantes (Souza, 1990a; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Souza, Mercado, Martínez, Arciniega, Solís, Aparicio, Basilio, Tagle, Martínez, Palacios y Domínguez, 2000; Souza, 1988d).

Esta intrincada condición no resulta sencilla de explicar, pues incluye varios elementos simultáneos que atañen al paciente (sus peculiares características, antecedentes patológicos, tipo de personalidad, patrón de consumo desarrollado, comorbilidad, internamientos previos, cronicidad), la interacción con el terapeuta (aceptación, comprensión, colaboración, comunicación, reacciones transferenciales y contratransferenciales) y al terapeuta mismo (programa de tratamiento y tipo de intervenciones, conceptuadas en términos de preparación, dedicación, tolerancia, respeto, profesionalismo). A lo cual se agregan todavía las características del profesional de la salud (nivel de actuación, discrecionalidad, seriedad y responsabilidad), entre otras (Elizondo, 1997; Morgenstern, Bux, Labouvie, Blanchard y Korgan, 2002). De lo anterior dependerán la eficiencia y eficacia terapéutica a través de la participación (consciente e inconsciente y propositiva o no propositiva) mostrada por el paciente, a través de su conducta de comprensión-acción contra su problema, tal como se observa en toda patología crónica (Souza, 2001c; Souza, 2003b; Carroll y Rounsaville, 2003).

CUADRO XXIII.1. *Actividades de atención terapéutica de las adicciones por tipo y nivel*

---

1. Aquellas instituciones que llevan a cabo entrevistas u otros métodos de abordaje o atención bajo esquemas reflexivos o manejo indirecto (ya sea no curativa, no curativa en forma directa, sólo de carácter preventivo o bien preventivo a largo plazo y otras acciones).
2. Las que ofrecen atención profesional no médica (campos complementarios a la salud) de carácter especializado (en alcoholismo, adicciones, etc.), como los

grupos de ayuda mutua. Pueden incluirse aquí los llamados profesionales —entendidos como profesionales no médicos—, el trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de ciertos problemas vinculados con la condición adictiva de los pacientes, realizado con base en una actividad "profesionalizada" (los que se dedican a ello sin contar con profesión), es decir, ofrecen consejería gratuita o para el beneficio directo o indirecto del grupo que patrocina tales actividades.

3. Las consultas o intervenciones terapéuticas directas no especializadas (psiquiátricas), que constituyen una estrategia más o menos formal de la medicina, es decir, son curativas sintomáticas no etiológicas y de enfoque multifactorial, o bien se trata de acciones rehabilitatorias dirigidas al síntoma o condición que se ataca.
4. La atención profesional médica general, unidades de salud, clínicas y hospitales públicos o privados y otras instituciones de asistencia social conectadas con la salud
5. Las consultas o intervenciones diagnóstico-terapéuticas directas y especializadas, pero no en adicciones sino en sus complicaciones, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica de enfoque multifactorial o rehabilitatoria general.
6. La atención profesional médica y psiquiátrica no especializada en adicciones, como las unidades hospitalarias y centros de salud y clínicas o servicios psiquiátricos.
7. La atención profesional médica y psiquiátrica especializada en adicciones de las que derivan consultas o intervenciones para el tratamiento integral del problema, es decir, actividad curativa sintomática y etiológica multifactorial y rehabilitatoria general a la vez (manejo especializado posterior al logro de la abstinencia). Son grupos especializados con personal profesional calificado.

Fuente: Modificado de Souza, 1998a.

Cabe señalar, en tal sentido, que la adquisición de la conciencia de falla, en términos de enfermedad mental, es imprescindible tanto para lograr como para mantener los cambios. Ello se observa por ejemplo en el caso de los pacientes portadores de comorbilidad particular, como síndromes mentales y adicciones (French, Salomé y Carney, 2002), muchos de los cuales muestran características especiales, entre otras no desear reconocer su estado de afectación y por lo tanto no acudir a recibir tratamiento (Souza, 1988d; Souza, 2000e).

Al respecto conviene dejar sentado que las dificultades referidas en la bibliografía sobre el tema, relativas a la no participación de los pacientes en tratamientos crónicos, y más particularmente en manejos antiadictivos, son básicamente aquellas que integran la dinámica ubicada en un conocido intríngulis, dado por:

1. las expectativas sociales, familiares e individuales de los pacientes, que luego son proyectadas sobre el tratamiento, como por ejemplo su costo, lugar, acciones a seguir, uso o no uso de medicamentos, recursos disponibles, tipo de mobiliarios y escenarios disponibles, participación en entretenimientos, etc. (Cuijpers y Schippers, 2002; Wu, Ringwalt y Williams, 2003; Souza, 2003g);
2. las relativas al programa terapéutico, como qué ofrece, cómo lo hace, cuándo y a quiénes lo asigna, bajo qué circunstancias y qué solicita de los pacientes, familiares, etcétera;
3. las que recaen en la persona de cada miembro del equipo de salud que hace contacto con el afectado, tales como médicos, enfermeras, psicoterapeutas y demás personal, especialmente el terapeuta individual o de grupo.

De ahí que resulte altamente recomendable lograr la sincronía requerida entre la investigación clínica aplicada y la dirigida a los servicios de salud y la práctica clínica, para obtener de las vertientes en juego un producto final capaz de promover una terapéutica más precisa y adecuada (Souza, 2003g). Considérese, al efecto, cómo una de las ventajas producidas por el desarrollo de las tendencias de la investigación actual en este tema, la comparación de las distintas modalidades terapéuticas disponibles, las cuales actúan sobre bases cada vez menos empíricas, se basa en casuísticas más amplias y homogéneas y, sobre todo, en que se haya cuidado con esmero que resulten metodológicamente mejor concebidas y planteadas (Cuijpers y Schippers, 2002; Wu, Ringwalt y Williams, 2003; Souza, 2003g; El-Guebaly, 2003). Por su parte, los centros de tratamiento en el país —y para este efecto los de tipo profesional y los de tipo paraprofesional (cuadro XXIII.2) son conceptualmente idénticos en el plano médico-legal— deben cubrir, para su mejor y más adecuado desempeño, ciertos aspectos normativos de la salud (Mojtabai y Zivin, 2003; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999).

Además del manejo del paciente abusador/adicto con terapia farmacológica sustitutiva —como en el caso de la prescripción de metadona en heroinómanos— y su supervisión periódica todo el tiempo que dura el manejo (Souza, 2001c), se recomienda la participación de otros procedimientos y actividades complementarias, que devienen decisivos para la eficacia terapéutica de los síndromes adictivos a largo plazo, como la individualización de los casos para obtener mejores pronósticos de la sobriedad (Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a), y en su caso el manejo psicofamiliar (Braut, 2003), pues se trata de padecimientos cuya afectación de índole cerebral crónica los hace difíciles de enfrentar incluso con ayuda, debido a que se caracterizan por sus frecuentes recaídas.

Obsérvese que en estos pacientes el uso de “vacunas” como parte de un manejo comprensivo de base médica es muy similar a cualquier otro manejo de

padecimientos crónicos (Matheson, Pitcairn, Bond, Van Teijlingen y Ryan, 2003; Miller, 2003). De la mano de lo anterior, debe tenerse en cuenta que el padecimiento adictivo, por leve que sea, siempre produce comorbilidad (reconocida y descrita formalmente desde hace pocos años, cuando se la denominó "trastorno dual", y reducía las posibilidades de conceptualizar una más amplia morbilidad asociada), y severos alcances que influyen en la morbimortalidad general.

Véase por ejemplo que, en un amplio estudio nacional realizado en los Estados Unidos entre personas abusadoras/adictas, la prevalencia de riesgo para el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, es mayor en pacientes comórbidos que en los que no lo son, por lo cual los pacientes adictos, especialmente quienes lo son por venopuntura, requieren más cercanos y mejores cuidados profesionales (Copello y Orford, 2002; Walsh, 2003), junto con el indispensable conocimiento de su ubicación domiciliaria y el reporte detallado a las autoridades correspondientes.

CUADRO XXIII.2. *Algunas características del manejo paraprofesional en adicciones*

- Tratamiento (modelo moral) como castigo
- Recomendaciones generales como guía
- "Generalización" y sobresimplificación del fenómeno
- Indoctrinación (12 pasos y otros documentos)
- "Terapéutica" no individualizada
- Terminología propia (no comparativa)
- Creación y/o mantenimiento de mitos
- Semántica paracientífica (tocar fondo, etcétera)
- Uso de misticismo y lenguaje popular (no técnico)
- Tipificación sin nosología (etiquetación)
- Filosofía divergente a las neurociencias
- Intervenciones subjetivas sin técnica ni métodos psicoterapéuticos
- No realiza acciones de prevención
- No realiza acciones de evaluación
- No realiza investigación
- Utiliza un modelo educativo informal (sentido común)

FUENTE: Modificado de Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000.

En esa dirección, se señala con toda precisión en la bibliografía que las terapias complementarias en adicciones no son sólo una alternativa adecuada frente a otros manejos, sino que todas ellas conforman el manejo en términos de

la integralidad de la problemática adictiva (Kantak, 2003), tal como ocurre con el manejo social y laboral (Dausey y Desai, 2003; Van den Bosch, Verheul, Schippers y Van den Brink, 2002; Ernst, 2002; Lo, Sasso y Lyons, 2002) de los pacientes (Polcin, Prindle y Bostrom, 2002) (cuadros XXIII.3 y XXIII.4).

CUADRO XXIII.3. *Principales trastornos psiquiátricos comórbidos de las adicciones*

- Trastornos afectivos
- Trastornos por ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos de conducta
- Trastornos alimentarios
- Tendencia suicida y suicidio
- Esquizofrenia
- VIH/sida
- Trastornos sexuales
- Trastorno del dormir
- Otros

FUENTE: Modificado de Whitmore, Milulick y Thompson, 1997; Essau, Conradt y Peterman, 1999; Wilens, Biderman y Spencer, 1996; Giancola y Mezzich, 2000; Bulik, Sullivan y McKee, 1994; Shaffi, Steltz-Linarky y Derrick, 1988; Kaplan, Sadock y Grebb, 1999.

CUADRO XXIII.4. *Principales aspectos sociodemográficos vinculados a la producción de la violencia*

- Historia familiar-personal de violencia
- Portación de armas
- La banda (pandilla) y su pertenencia
- Trastornos de conducta y violencia
- Agresión sexual
- Homicidio

FUENTE: Modificado de Spaccarelli, Coatsworth y Bowden, 1995; Sheley, McGee y Wright, 1992; Nawojczyk, www.gangwar.com/dynamics.html, 28 de febrero de 1998; O'Shaughenessy, 1992; Myers, Scott y Burgess, 1995; Ryan, 1997.

En consecuencia, se consideran más eficaces y recomendables como programas de tratamiento contra los síndromes adictivos y su comorbilidad aquellos que desarrollan estrategias más amplias y completas; que incluyen a un número mayor de participantes, así como de familiares, clínicos, líderes de programa y autoridades de la comunidad, etc., que aquellos que no lo ofrecen

(Nizzoli, Foschini y Erit, 2002) o lo hacen de forma parcial (Swiatkiewicz, 2002; Broome, Simpson y Joe, 2002). Ahora, para contextualizar brevemente otro aspecto del problema terapéutico antiadictivo, insuficientemente desarrollado a lo largo de los años en los distintos países —tanto industrializados como no industrializados—, se enfatiza el hecho de que entre los adultos mayores —para sólo señalar un ángulo de este amplio problema— los psicotrópicos como el alcohol y otros psicofármacos —medicamentos ansiolíticos de prescripción médica como benzodiacepinas, ácido gama-hidroxi-butírico, GABA, etc.— han generado una importante ola de uso autoprescrito, que a menudo redunda en mal uso y sobredosificación.

Tal diseminada condición, llamada “la epidemia invisible” (Torrey, Drake, Cohen, Foz, Lynde, Gorman y Wyzik, 2002; Kosten, 2003), cuyo diagnóstico y cuantificación permanecen en subregistro y por lo tanto sin reflejarse adecuadamente en los reportes oficiales, bloquea las acciones correctivas correspondientes, que a la fecha siguen siendo un tanto inciertas.

Otro aspecto a considerar en el manejo de los síndromes adictivos es que, no obstante que la abstinencia total y sin concesiones es siempre un paradigma y una meta a lograr, las acciones terapéuticas emprendidas deben esperarse eficaces y a la brevedad. Asimismo, se recomienda que tales intervenciones identifiquen de modo prioritario los riesgos más importantes a enfrentar (Souza, 1988d).

Por ejemplo, algunos estudios han puntualizado la importancia de la identificación de las variables sociodemográficas para predecir el uso de los servicios de salud entre aquellas personas con problemas de abuso/adicción a psicotrópicos y otras sustancias de uso y abuso (WHO, 1993; Widlitz y Marin, 2002), incluido el tabaco (Muller, 2003), que en México durante muchos años fue considerado como un hábito de leves consecuencias y poca dificultad terapéutica; por lo tanto, tardó en considerarse la adicción tabáquica como un riesgo a la salud de enormes proporciones, tal como se lo conceptúa en la actualidad (Souza, Mercado, Martínez, Arciniega, Solís, Aparicio, Basilio, Tagle, Martínez, Palacios y Domínguez, 2000; Heinrich y Lynn, 2002; Green-Hennessy, 2002).

Hoy se sabe, por muchos estudios nacionales e internacionales, como la investigación realizada en los Estados Unidos entre personas con diagnóstico de dependencia (DSM-IV-TR, excluyendo el tabaquismo), que los usuarios de los servicios de salud:

1. son más frecuentemente mujeres, especialmente aquellas que provienen de estratos socioeconómicos medio-altos;
2. que no han desarrollado problemas legales;
3. que aunque presentan problemas de uso y abuso de sustancias psicotrópicas, como alcohol o mariguana, no se consideran a sí mismas personas que

requieran tratamiento (Lo y Stephens, 2002; Gariti, Alterman, Mulvaney, Mechanic, Dhopesh, Yu, Chychula y Sacks, 2002).

En tal sentido, cabe señalar que las cifras referidas son elocuentes y descriptivas, pero no son idénticas a las que se presentan en México, y que la condición de negación al reconocimiento patológico de la propia persona es importante de destacar, no sólo por su elevada frecuencia, lo cual es razón importante a considerar, sino debido a sus alcances contra la salud.

Este frecuente fenómeno se observa claramente entre las distintas personas de la comunidad, ya sean pacientes de un tipo u otro, tal como ocurre con las mujeres violadas (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000), o los individuos parafílicos que nunca se acercaron a recibir tratamiento y orientación profesional, y los que mantienen relaciones sexuales con personas de su propio sexo por amplios periodos, pero que no se asumen homosexuales, bisexuales ni enfermos (Gariti, Alterman, Mulvaney, Mechanic, Dhopesh, Yu, Chychula y Sacks, 2002; Lyman, Gidycz y Lynn, 1996).

Por eso cabe destacar que se ha documentado claramente que muchos de ellos muestran, además de otros problemas, consumo múltiple de psicotrópicos, y por lo tanto corren mayores riesgos de salud (Van Heeringen y Vincke, 2000).

Pero, en todo caso, lo importante a destacar es que, para minimizar esta tendencia, se pueden desarrollar distintos procedimientos diagnósticos y de tamizado que contribuyen más clara y ampliamente a la tipificación nosográfica y al manejo de los distintos problemas, en primera instancia adictivos (Souza, 2000e; Lo y Stephens, 2002) o bien de otra índole (comórbidos), como trastornos del dormir (insomnio y otros), del control de los impulsos (tricotilomanía, juego patológico, "adicción sexual"), alimentarios (anorexia-bulimia, obesidad, etc.), de personalidad (compulsiva, ansiosa, depresiva, sociopática, etc.), ansiosos (de ansiedad generalizada, fobia social, etc.), depresivos (distimias, depresión mayor, etc.), trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella y otros (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b).

En aras de reducir los costos, el tiempo y el uso de recursos personales, es deseable un adecuado uso de instrumentos clínicos para evaluar más convenientemente el tipo de pacientes a los que habrá que asignarles tratamiento y a los que no habrá que hacerlo (Carroll y Rounsaville, 2002), pero más especialmente a efecto de disponer de controles evaluables de las funciones dañadas en cada paciente y su objetivación documental, lo cual representa un requerimiento legítimo inherente al manejo científico de cualquier problema de salud (Carroll y Rounsaville, 2002).

Véase, a guisa de ejemplo, el estudio dirigido a conocer las principales características sociodemográficas de quien acude a tratamiento contra los síndromes adictivos y su comorbilidad, la severidad del problema y los factores motivacionales que los predisponen a su inclusión.

Entre los bebedores problema analizados en este estudio los factores predictores más importantes para su ingreso a tratamiento fueron las consecuencias sociales de ello, no tanto el tipo o la gravedad de los problemas presentados. Y como la muestra en cuestión fue tomada en recintos que llevan a cabo medidas tradicionales de manejo, se infiere que los programas públicos desempeñan un papel crucial en el sistema terapéutico contra drogas psicotrópicas como el alcohol, ya que su variabilidad influye, en alguna medida, en la producción de sugerencias y cambios en la política social de la salud (Weisner, Matzger, Tam y Schmidt, 2002).

También se ha señalado en la bibliografía contemporánea del tema que los pacientes abusadores/adictos que muestran a lo largo de su vida, y por tiempos más prolongados, alteraciones de abuso psicofísico o sexual, se asocian con mayores alteraciones a vencer al momento de iniciar su manejo, cuando lo hacen (Rosen, Ouimett, Sheikh, Gregg y Moos, 2002). De hecho, algunos estudios se dirigen *ex profeso* a dilucidar si tales afectaciones son capaces de motivar el tratamiento y predecir el tipo de respuesta durante y después de éste (Ritsher, McKellar, Finney, Otilingam y Moos, 2002).

Obsérvese, por ejemplo, que en una muy amplia muestra de varones y mujeres veteranos, diagnosticados como portadores de trastornos por uso de sustancias, durante la etapa previa al manejo y un año después, se señala que el abuso físico o sexual (psicofísico) a lo largo de la vida predice evoluciones posteriores con mayor deterioro. Por lo tanto, se espera un peor pronóstico en aquellos que son portadores de tales antecedentes que en los que no los tienen (Ritsher, McKellar, Finney, Otilingam y Moos, 2002). Se ha documentado, asimismo, que entre los pacientes abusadores/adictos quienes más muestran trastornos ligados al abuso sexual son las poblaciones femeniles, mientras que la mayor severidad de los casos de adicción ocurre entre los varones.

Tales circunstancias, el abuso y la severidad adictiva, muestran al parecer una evolución similar en un género y otro. De ahí que se recomiende preferentemente el uso de técnicas de entrevista y manejo, a la par de procurar que transcurra el menor tiempo posible entre una sesión y otra, lo que resulta de mayor beneficio a los pacientes, hayan tenido o no la experiencia de abuso.

Los portadores de patologías de abuso/adicción y antecedentes de abuso sexual y/o psicofísico son quienes muestran peor evolución y pronósticos más reservados, e incluso cierta correlación con otros trastornos psiquiátricos, déficit de apoyo social y diversas dificultades para establecer alianzas de apoyo, ya sea dentro o fuera del tratamiento, todo lo cual convierte a estos pacientes en un grupo peculiar y más difícil de manejar, empeorando con ello las posibilidades terapéuticas y, en consecuencia, el pronóstico respectivo de su salud a largo plazo (Rosen, Ouimett, Sheikh, Gregg y Moos, 2002; Ritsher, McKellar, Finney, Otilingam y Moos, 2002).

Dentro de la comorbilidad psiquiátrica y su manejo posterior tardío, se han estudiado también otros aspectos (Chychula y Sciamanna, 2002). Por ejemplo, en un estudio realizado en pacientes masculinos residentes de un programa de tratamiento intensivo para abuso/adicción de psicotrópicos se refiere que aquellos con diagnóstico doble o múltiple tienen menos posibilidad de remitir a la sintomatología a lo largo de cinco años. Por otra parte, los que reciben manejo para ambas condiciones: básica y comórbida, remiten en mayor cantidad y mejoran su pronóstico posterior tardío (Chychula y Sciamanna, 2002). En consecuencia, se enfatiza la importancia de recibir pronta ayuda en grupos de ayuda mutua, apoyo que se considera un factor complementario y de vigorización para la terapéutica de los trastornos comórbidos de la problemática adictiva (Chychula y Sciamanna, 2002), en particular durante esta etapa. Al respecto, es importante destacar que la mayor parte de los pacientes adictos con problemática aguda, como los síndromes de abstinencia e intoxicación, acuden en primera instancia a los servicios generales con médicos no especialistas, donde encuentran, por regla general, intervenciones desmotivacionales breves, cuyo impacto y enfoque sintomático nunca o casi nunca los convence para ingresar a tratamiento especializado (Nordlie, Vøyvik y Aasland, 2002).

Se sabe que tampoco reciben suficiente y eficaz apoyo para obtener información legal o de otra índole, tal como se requiere para enfrentar el problema en su momento más crítico (Alderman, 2002; Rosenker, 2002; O'Farrell y Fals-Stewart, 2002). Véase por ejemplo qué frecuente resulta que la problemática conyugal y familiar se dé por "resuelta" cada vez que el afectado regresa a casa "arrepentido" y es "perdonado" por su cónyuge o familiares. Y sin embargo, es excepcional que se acompañe de manejo de una apropiada medicación de mantenimiento (disulfiram, naltrexona, buprenorfina, etc.) o del uso de otros recursos de contención o correctivos (O'Farrell y Fals-Stewart, 2002).

De ahí que se conceda una elevada importancia a reforzar las acciones educativo-preventivas al profesional de la salud que labora en esa porción de la terapéutica, para hacer más eficaz su participación (Kacker, 2002; Berglund, 2002; Johnson, Young, Suresh y Berbaum, 2002; Goverment Printing Office, 2002).

Otro problema relevante es la integración terapéutica de los grupos juveniles (Riggs y Davies, 2002), los trastornos psicóticos (Mendyk y Fields, 2002), los estados agudos de abstinencia por el abuso de polifarmacia (Komiyayama, 2002) y los que involucran a más de una persona o un diagnóstico a la vez (Arkansas Cares, 2002). En el campo de las adicciones, que representa una evidente problemática de salud pública (Martin, 2002), ampliamente documentada en la actualidad (Souza, 1988; Chychula y Sciamanna, 2002), se asume que debe considerarse una gran responsabilidad sociomédica de todos quienes participan

(Watson y Corrigan, 2002; Peyser, 2002) en distintos niveles o perfiles de actuación (Merrill y Marlatt, 2002).

Incluso es conveniente señalar, de paso, que la preocupación en el medio es tal que la modernidad técnico-científica obtenida en nuestros días se aprovecha, precisamente, para tratar de privilegiar el uso de "vacunas" —con cierta especificidad, en la medida de lo posible—, con miras a detener el impacto de este desbordado fenómeno, en tanto representa una condición grave, crónica y recurrente, para la cual no todos los pacientes —víctimas obligadas de un circuito bioquímico revolvente— disponen por sí mismos de los recursos biopsíquicos, actitudinales y conductuales para impedir la afectación (Green-Hennessy, 2002).

De modo que la meta —hoy por hoy todavía expectante—, de la aplicación de vacunas que liberen la circularidad de la adicción y sus recaídas, es muy codiciada, a pesar de haber sido planteada originalmente desde una visión postulada en el siglo pasado, en términos de "elementos mediadores-controladores" de la sobredosis y la neurotoxicidad. Debido a ello, es pertinente hacer una aclaración técnica, pues en estricto sentido las llamadas "vacunas" actúan más bien induciendo anticuerpos específicos en el torrente sanguíneo al unirse a la sustancia circulante, previniendo así su entrada al cerebro. Es decir, son bloqueadores que compiten por sitios específicos, pero no se comportan como las verdaderas vacunas, esto es, como productos biológicos, cuya inmunorreacción inducida y en incremento reduce la opción patógena de un germen infectante de generar el cuadro mórbido por su eliminación, vía destrucción.

Como quiera que sea, por ahora la mayor parte de los trabajos de investigación al respecto se ha dirigido principalmente a la cocaína y a la nicotina, cuyas sendas respuestas producen una aceptable y buena protección a largo plazo, con un mínimo de problemas terapéuticos colaterales (Green-Hennessy, 2002).

Los problemas en torno de su utilización exitosa aún deben encarar situaciones pendientes. Por ejemplo, un asunto que subyace a la investigación de vacunas contra los psicotrópicos sigue siendo la necesidad de producir altas concentraciones de drogas específicas circulantes, suficientes como para reducir el malestar por la abstinencia y la conducta de búsqueda de droga (D-NIC), cuando la sustancia se aplica reiteradamente o bien cuando se consume en altas dosis, como en el caso de los adictos graves y crónicos, a quienes va dirigida primordialmente esta estrategia de manejo a largo plazo.

Este punto resulta medular, por cierto, en el asunto de la terapéutica contemporánea de las adicciones. Además, para que las mencionadas sustancias, usadas a modo de vacuna, puedan ser una verdadera opción terapéutica, deberán primero resolverse otros delicados asuntos vinculados con ello, como:

1. La poca protección contra las drogas de estructura diferente de las sustancias utilizadas por los abusadores/adictos, las cuales, sin embargo, producen los mismos efectos que la droga para la cual se intenta el uso de la vacuna;
2. el pobre efecto producido sobre el anhelo imperioso de consumo (D-NIC), que predispone a su recaída y a sus repercusiones clínicas;
3. la gran variabilidad obtenida (véase en ello el grado actual de inespecificidad alcanzado) en la formación lograda de anticuerpos bloqueadores;
4. la vacunación forzada o impuesta puede ser cuestionada y rechazada, pues no tiene bases éticas confiables como para ser considerada en el manejo científico de los casos, e incluso podría dar paso fácilmente a problemas legales;
5. de ahí que se recomiende que quienes participen en este manejo investigativo-terapéutico sean individuos altamente motivados —lo cual es más bien raro entre tales pacientes— para participar en los programas de atención comprensiva que faciliten el manejo (Kantak, 2003) (cuadro XXIII.5).

Cuadro XXIII.5. *Perfil farmacológico de la medicación anticraving*

Sustancia	*Clasificación farmacológica*	*Dosis terapéutica*	*Indicaciones*
Alprazolam	Ansiolítico (BDZ)	0.50-4.0 mg/día	Ansiedad, anticraving
Bromazepam	Ansiolítico (BDZ)	3-12 mg/día	Ansiedad, insomnio, anticraving
Carmabacepina	Antiepiléptico. Neuropsicótropo	400-1200 mg/día	Epilepsias, abstinencia, anticraving
Clobazam	Ansiolítico, anticonvulsivo (BDZ)	10-30 mg/día	Ansiedad, epilepsia, insomnio
Clonazepam	Anticonvulsivo, sedante (BDZ),	4-8 mg/día	Epilepsia, ansiedad, anticraving
Cloracepato dipotásico	Ansiolítico (BDZ)	.75-15 mg/día	Ansiedad, epilepsias
Disulfiram	Aversivo. Reactor al acetaldehído	100-300 mg/día	Control de la abstinencia etílica
Lorazepam	Ansiolítico (BDZ)	1-3 mg/día	Ansiedad, preanestesia
Valproato de magnesio	Anticomicial, anticonvulsivo	15-60 mg/kg/día	Anticonvulsivo, anticraving
Valproato de sodio	Anticomicial, anticonvulsivo	10mg/kg/día sin exceder 2 600 mg/día	Antiepiléptico amplio espectro, anticraving
Ácido valproico	Anticomicial, anticonvulsivo	15mg/kg/día sin exceder 60 mg/kg/día	Antiepiléptico amplio espectro, anticraving

Fuente: Modificado de Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000.

Se desprende de lo mencionado hasta aquí una consideración en torno al tratamiento médico y psicológico de los problemas adictivos derivados del uso, abuso y adicción de psicotrópicos: esta patología no es diferente de otros trastornos crónicos (Kantak, 2003; ONUDD, 2003; Ernst, 2002). En éstos, los cuidados a los distintos niveles de necesidad personal-familiar-social, según las

modalidades de actuación, deben ser permanentes (Souza, 1988d). Asimismo, la supervisión terapéutica postratamiento, como fue señalado con anterioridad, se considera la pieza clave de la rehabilitación (Souza, 1997a; Hansen, 1997; Ernst, 2002) y, a la vez, un reto a los servicios asistenciales que pueda ofrecer cualquier comunidad (Broom, Simpson y Joe, 2002).

Desafortunadamente, las diversas opciones terapéuticas brindadas por las distintas comunidades no disponen de iguales recursos, por lo cual los resultados siempre serán diferentes, amén de otras características de actuación prohijadas por los distintos modelos terapéuticos empleados (Broom, Simpson y Joe, 2002; Torrey, Drake, Cohen, Fox, Lynde, Gorman y Wyzik, 2002; Souza, Turull y Cárdenas, 1984), tal como ocurre en los escenarios de manejo de pacientes de edad avanzada, cuyas características son únicas y no se parecen a las de otros grupos consumidores bajo tratamiento (Wilditz y Marin, 2002). En esa dirección cabe señalar que entre la población anciana la referida "epidemia silenciosa" —que refleja fundamentalmente automedicación, consumo abusivo y adicción a psicotónicos— se complica aún más por la presencia de sintomatología propia de la edad y otras alteraciones concomitantes, que agravan el diagnóstico y hacen del manejo una dificultad en no pocas ocasiones severa (Green-Hennessy, 2002).

Cuando se tratan los síndromes adictivos en el contexto tradicional de los tratamientos médico-psicológicos, se provoca en algunos criterios clínicos —según su orientación e intereses— un cierto descrédito y desconfianza. Ello ocurre claramente en la administración de los seguros contra problemas de la salud, debido a que tales personas consideran que ya no es oportuno seguir manejándolos "como antaño", y se exigen preferentemente versiones de manejos más avanzados, específicos y especializados, de acuerdo con la condición neurobioquímica y psicosocial, que los estudios recientes han señalado disponibles para tales alteraciones (Merrill y Menza, 2002; Lo, Sasso y Lyons, 2002).

De hecho se ha criticado muchas veces ya en la bibliografía el concepto y los términos que permiten los manejos tradicionales, como el costo-beneficio de las instancias de internamiento residencial en pacientes abusadores/adictos (French, Salomé y Carney, 2002). Visión que, dicho sea de paso, niega, o por lo menos subestima irrespetuosamente, las complicaciones inherentes a los manejos profesionales de la psiquiatría y las adicciones, como el valor inherente al individuo en tanto persona *versus* el costo económico y social por rehabilitarlo, independientemente de las dificultades técnicas y operacionales de cada labor antiadictiva. Pues aunque los procedimientos antiadictivos pueden parecerse, la desintoxicación y la abstinencia son distintas, tanto en el caso del tabaquismo (dependencia de la nicotina) como en el de otras drogas (Gariti, Alterman, Mulvaney, Mechanic, Dhopesh, Yu, Chychula y Sacks, 2002).

La visión presentada hasta aquí, conformada por una pléyade de observaciones teóricas, pretende mostrar un aspecto del marco terapéutico de las adicciones para informar acerca de sus principales características, y contrastarlo así con la visión mítica tradicional de nuestra comunidad, en espera de mejorar el uso de las herramientas clínicas que apoyen el diagnóstico y faciliten el manejo de los casos, de acuerdo con su etiología y sus recursos.

Sin embargo, los grupos sociales, en su devenir, han concedido iguales niveles de veracidad, credibilidad y confianza a la participación de la herencia genética en los síndromes de adicción que a otros puntos de vista. Por ejemplo, han sido considerados una consecuencia psicosocial de la inequidad comunitaria, de la pobreza o de no contar con acceso a detentar cierto grado o calidad de poder o jerarquías en términos de privilegios o prebendas.

Se ha vislumbrado incluso como una libertad del individuo a ser como quiera ser, para así caer... en la alienación, perspectiva que viene a representar el pago, por derecho propio, a la insania, en el contexto de una sociedad industrializada, basada en diversas formas de consumo innecesario. Circunstancia psicosocial negativa, deshumanizante y enajenadora, que apoyada en falsos estándares e ideales enaltecidos por la mercadotecnia y la publicidad del mundo globalizado de nuestros días, deviene tan corporativa y empresarial como inequitativa.

En tal contexto, resulta difícil, para quien no esté informado, señalar cuál de todos los planteamientos sobre la etiopatogenia de las adicciones es preferencial, cuando se desconoce el peso específico de cada uno de los mismos. En función de ello, podría arribarse a la conclusión de que no existe acuerdo en cuanto a la mejor forma de ofrecer tratamiento a los abusadores/adictos, y a establecer la formal dificultad para acceder a conceptos terapéuticos y posiciones académicas, Uno de los polos de esta condición pesimista es el nihilismo romántico: no hay nada que hacer... El otro, el delirio mesiánico: se elimina cualquier problema por decreto. Todo ello reforzado por el obstáculo que ofrecen las fervorosas posiciones subjetivas (no escolásticas) de los distintos involucrados, en vez de acceder en la modernidad —como recomiendan los profesionales— a la visión científica de la psiquiatría de las adicciones, que ofrece conceptos generales comprensivos y explicativos de la etiopatogenia, la realidad clínica y su terapéutica, en su tarea de enfrentar la problemática biopsicosocial de pacientes y sus familiares, de modo objetivo e integral, para colaborar con la sociedad sólo bajo premisas humanistas (Souza, 1988d).

En síntesis, esta visión panorámica sobre la terapéutica antiadictiva pretende destacar la importancia de la evaluación clínica, sin la cual no es posible ofrecer trato profesional (Souza, 1988d). Y como hoy día las intervenciones clínicas se prefieren breves, se basan en juicios de ponderación farmacológica riesgo-utilidad y costo-efectividad, que rebasan la visión del costo-beneficio y forman parte de estrategias generales más amplias, cuya meta inicial es la reducción de la demanda y la eliminación de los riesgos asociados, para luego fomentar la

eliminación de la reincidencia con la inclusión de factores de crecimiento y la adquisición de nuevas habilidades autoafirmativas para la vida, por lo cual la práctica sistemática de la evaluación clínica resulta insustituible (Souza, Martínez y Mercado, 1999; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000).

El éxito rehabilitatorio alcanzado por la oferta de servicios asistenciales contra las adicciones en México, hasta ahora insuficiente, ofrece poca cobertura real para el beneficio de los incluidos bajo esta perspectiva integral, sobre todo si se comparan con la demanda real de tratamiento, dado su tardío ingreso a los programas terapéuticos (de cinco a ocho años), reducido número de solicitantes convencidos y dispuestos a curarse, y especialmente su alta deserción. Esto se complica aún más por la insuficiente e inadecuada preparación profesional que se ofrece y la deficiente calidad de la cobertura asistencial oficial disponible, entre otros problemas (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, Martínez y Mercado, 1999; Souza, 2000e).

Por otro lado, cabe acotar que si bien el número de agentes farmacológicos anticraving se ha incrementado, su selección clínica ha de proceder con base en las características de cada caso y la dimensión prioritariamente afectada. De modo que la terapia farmacológica establece, refuerza, mantiene y produce mejores resultados cuando se combina con métodos psicoterapéuticos grupales, individuales o familiares, y la decidida participación de los grupos de ayuda mutua, a efecto de brindar contención emocional y favorecer la reinserción social, pues dado que los pacientes son en su mayoría poliusuarios, rara vez permite enfrentar retos únicos de manejo (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, Martínez y Mercado, 1999).

Las soluciones prácticas al problema se apoyan en el incremento cualitativo a los cuidados que reciban los abusadores/adictos. En ello la educación, la calidad de la asistencia y seguridad brindadas, el desarrollo clínico y la investigación terapéutica devienen asimismo fundamentales. Los pilares del avance científico —formación de recursos humanos e investigación—, al enfocarse a la dimensión patológica del hombre, podrán desarrollar las anheladas “nuevas estrategias para viejos problemas” (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000).

La visión de adecuación personal del tratamiento es indispensable, pues la decisión de someter a todos los pacientes por igual a un mismo régimen, o considerar que la adicción no guarda diferencias entre sustancias y patrones de consumo, es un error probado. La insurgencia de la terapia anticraving, incomparable para el manejo de los síndromes agudos de intoxicación y abstinencia, no resulta útil ni está indicada, salvo excepciones, en el manejo a largo plazo de la condición adictiva, a la que han de agregarse indefectiblemente otras importantes medidas complementarias por espacio de dos años como mínimo, extensibles habitualmente más allá de los cinco años.

En consecuencia, un tratamiento eficaz es aquel que ofrece beneficios continuos a largo plazo y asume procedimientos éticos indispensables. Las

combinaciones deben ser parte fundamental de la estrategia y no del azar, por lo cual es preciso desarrollar una adecuada visión de la estrategia antiadictiva fundada en la tolerancia y el respeto a cada paciente.

De ahí que, descrito en forma breve, un modelo terapéutico integral:

1. se basa en el conocimiento disponible más avanzado;
2. ubica funcionalmente cada uno de los esfuerzos asignados en el lugar de su óptima aplicación;
3. realiza su función conjunta y armónicamente en los planos intra, inter y transprofesional;
4. jerarquiza la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-práctico de su indicación, utilidad y beneficio a la comunidad, porque si bien todas las acciones son importantes, éstas han de ser concertadas y dosificadas por criterios operacionales;
5. realiza una adecuada evaluación del procedimiento empleado, en espera de que las modificaciones pertinentes optimicen el proceso de crecimiento hacia su consolidación, con base en la utilidad social de un modelo diseñado *ex profeso*.

De todo ello se derivan los objetivos del manejo integral de las adicciones que, considerados en orden progresivo, son:

1. reducción del riesgo de adicción;
2. reducción de la conducta de alto riesgo;
3. reducción de la morbimortalidad producida por la adicción;
4. reducción del abuso de drogas y/o inducción de la abstinencia;
5. alivio de los síntomas de abstinencia y prevención de recaídas;
6. rehabilitación y restauración de la(s) función(es) afectada(s);
7. consolidación de un estilo de vida saludable (Souza, Martínez y Mercado, 1999; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, 2000e).

RESUMEN

Se analiza la terapéutica antiadictiva desde la perspectiva de la psiquiatría de las adicciones, para promover herramientas clínicas que apoyen un mejor manejo de casos.

La terapéutica profesional antiadictiva es ardua y tiene un lapso de actuación prolongado que puede ocasionar síndrome de exhausión. Su modelo —menos iatrógeno, más apropiado y eficiente que los que no lo son— actúa sobre bases de investigación cada vez menos empíricas, con casuísticas más amplias y homogéneas, y metodológicamente mejor planteadas.

La rehabilitación que propicia enfatiza su actuación en medidas postratamiento, con apoyo de grupos de ayuda mutua (si no rivalizan con su filosofía médico-psicológica).

El binomio operativo exigencia-fracaso responsabiliza del pronóstico favorable a las variables del postratamiento, aunque causa síndrome de exhausión. Esta visión utiliza sus recursos (riesgo-utilidad; costo-efectividad) en ambientes libres de drogas, terapeutas calificados, actividades *ad hoc* y apego a la normatividad.

Su falla operativa reconoce elementos del paciente (antecedentes, personalidad, patrón de consumo, comorbilidad, internamientos, cronicidad), de la dinámica profesional (comprensión, colaboración, comunicación, reacciones transferenciales y contratransferenciales) y del terapeuta (tolerancia, respeto, profesionalismo). Enfatiza la importancia de la conciencia de enfermedad, desarrollo de procedimientos diagnósticos y de tamizado, manejo de la comorbilidad (VIH, violencia psicofísica y sexual), condiciones especiales como la senectud, y el uso de "vacunas".

Su perspectiva privilegia el manejo individual-conyugal-familiar y el uso de instrumentos, métodos y procedimientos clínicos sistematizados y de mayor rendimiento costo-redituable, que facilitan el análisis bioestadístico y la investigación aplicada, caracterizando la especialidad por su elección de ambientes libres de drogas, terapeutas calificados, actividades diseñadas *ad hoc,* uso de vacunas, manejo de comorbilidad, acatamiento de la normatividad y atención cuidadosa de la relación médico-paciente.

Se pretende desarrollar una estrategia del programa de tratamiento —tipo de intervenciones, evaluación, etc.— con énfasis en la dedicación, tolerancia, respeto y profesionalismo como medios para promover la conciencia de enfermedad, favorecer la abstinencia y prevención de recaídas, manejar la comorbilidad y estimular el cambio actitudinal-conductual en pro de un estilo de vida saludable, incorporado a una vida social productiva. Se concluye destacando la participación de las premisas humanistas en la consolidación de un estilo de vida saludable.

* Modificado de Souza, 2003e.

XXIV. CRITERIOS RECTORES DE LA TERAPÉUTICA ANTIADICTIVA*

POR INTERÉS de los organismos internacionales involucrados en la salud y los convenios suscritos entre países (PNUFID, 2003), las respectivas legislaciones han procedido a realizar la normatividad del funcionamiento de las instancias terapéuticas contra las adicciones (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a) a efecto de señalar las características organizativo-operacionales que deben asumir las instituciones y organismos dedicados al manejo de esta grave y creciente patología (ONUDD, 2003; APA, 1995). En el concierto de las naciones, éstas incorporan programas de reducción de la demanda como componentes clave de las estrategias de abordaje del problema de las drogas (ONUDD, 2003).

Los esfuerzos se dirigen a definir una política hemisférica sobre drogas; difundir las recomendaciones del Grupo de Expertos; fortalecer las instituciones y desarrollar el marco jurídico-normativo respectivo, así como promover y distribuir lo más posible las publicaciones al efecto (ASAM, 1997).

Por su parte, el grupo de trabajo sobre tratamiento CICAD/OEA se orienta hacia la oferta de servicios de calidad, acorde con la imprescindible satisfacción de los usuarios (*Salud Pública de México,* 1997), con base en la evaluación sistemática, la definición de estándares mínimos de trabajo y la mejor práctica clínica (PNUFID, 2003). De modo que la terapéutica en adicciones se conceptualiza desde el momento en el que el abusador/adicto tiene acceso a una instancia de atención —ya sea un establecimiento de salud u otro servicio comunitario— que incluye diagnóstico, asistencia en salud e integración social de los afectados (*Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina,* 1995).

La Oficina de las Naciones Unidas para el Combate a la Delincuencia y Uso de Drogas, ONUDD, destaca que los programas exitosos incluyen componentes preventivos (desalentar el consumo inicial y reducir las consecuencias sanitarias), y construyen y orientan sus acciones a la reducción de la demanda de drogas. Para lograr este cometido, recomienda la realización de actividades sustentadas en:

1. abarcar todas las consecuencias sociales nocivas del uso indebido de drogas;

2. incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, intervención temprana, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, seguimiento terapéutico y reinserción social;
3. otorgar tratamiento oportuno, así como facilidad de acceso a los servicios (ONUDD, 2003).

En esta dirección, conviene revisar brevemente el término “resiliencia”, el cual proviene del vocablo latín *resilio,* que significa “volver de un salto, resaltar, rebotar”. Se define como la capacidad humana universal para resistir situaciones o adversidades altamente estresantes, y se considera parte del proceso evolutivo del ser humano. Es la resistencia frente a la destrucción, por lo que se desarrolla la capacidad de proteger la integridad bajo presión, resistencia y capacidad de construir una conducta vital positiva y socialmente aceptada, pese a circunstancias difíciles. De modo que de acuerdo con Grotberg (1995) viene a ser la “Combinación de factores protectores que permiten a un individuo afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida”.

Asimismo Manciaux (2002) la describe como la “capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. El término alude a la resistencia del individuo en situaciones estresantes y se entiende como más amplio que la adaptabilidad. Se ha atribuido a las características constitucionales del individuo; se ha considerado resultante de la interacción del individuo con el medio, su familia y sus condiciones de vida. La vulnerabilidad ha sido el punto de partida para el surgimiento del concepto de resiliencia, la cual no se estima factible que sea absoluta, total o permanente, sino que constituye una capacidad dinámica, evolutiva, donde la respuesta depende del trauma, de las circunstancias del contexto cultural y la etapa de vida.

La resiliencia es resultado de la interacción de los factores protectores ante los factores de riesgo, en la inteligencia de que un factor puede ser de riesgo o de protección según las características personales y el contexto sociocultural. Por otra parte, la vulnerabilidad a la enfermedad o a otras alteraciones de la economía corporal se asocia con los recursos psicológicos disponibles y con la capacidad de activación en situaciones estresantes; son las sensibilidades y debilidades reales y constantes, inmediatas y diferidas. Invulnerabilidad es la fuerza, la capacidad de resistencia al estrés, las presiones y las situaciones potencialmente traumáticas. Cabe señalar que en este caso el riesgo se refiere al resultado incierto frente al enfrentamiento del individuo con estrés ambiental o interno. Se trata, por lo tanto, de un fenómeno perceptible en el cual cierto nivel de estrés puede dar como resultado conductas desadaptativas de manera inmediata.

En los años setenta se utilizó el término "invulnerable" como sinónimo de resistencia, refiriéndose a la constitución robusta de un sujeto. En diversas investigaciones se observó que ciertos grupos infantojuveniles logran sobreponerse a situaciones adversas sin sufrir secuelas psicosociales graves, y se referían a ellos como "invulnerables". No obstante, la resistencia al estrés es relativa, es dinámica y varía de acuerdo con la etapa del desarrollo del individuo y la calidad de los estímulos.

Entre los elementos modernos identificados en distintos estudios con respecto al "equipamiento" de los individuos para hacer frente a eventos altamente estresantes surge de igual forma el concepto de *empowerment* (empoderamiento), que generalmente se asocia con la protección materno-infantil.

Cabe enfatizar que, dado que la resiliencia nunca es absoluta, total y permanente, debe ser asumida como resultado de un proceso dinámico y evolutivo, en el cual la importancia de un trauma puede superar los recursos del individuo. De hecho tiende a variar de acuerdo con las circunstancias, la naturaleza, el contexto y la etapa de la vida; puede expresarse de modos diversos según la cultura, participando en ello los rasgos individuales:

- *iniciativa,* como capacidad de enfrentarse a los problemas y ejercer autocontrol;
- *humor,* como capacidad de reírse de uno mismo, de encontrar en la adversidad lo cómico y risible;
- *creatividad,* como la actividad que parte del caos y el desorden y logra dar orden y finalidad a los actos;
- *moralidad,* como capacidad de conciencia moral, discernimiento entre lo bueno y lo malo socialmente aceptado;
- *introspección e independencia,* como el establecimiento de los límites con uno mismo y el medio ambiente, con un distanciamiento emocional y físico, sin llegar al aislamiento;
- *capacidad para relacionarse con otros,* como la habilidad social para interrelacionarse de manera íntima y satisfactoria por la necesidad de simpatía y la aptitud de brindarse a los demás.

Entre los factores de protección asociados con la resiliencia descritos en la bibliografía destacan: autoestima, sociabilidad, sentido del humor, proyecto de vida y la participación de las redes sociales de apoyo. En tanto que entre los factores de riesgo conocidos y asociados con la vulnerabilidad figuran:

- adicción en los padres;
- separación de los padres;
- muerte de uno o ambos padres;
- conflictos familiares;

• violencia familiar;
• abuso físico o sexual;
• pobreza;
• enfermedades graves o crónicas;
• catástrofes, ya sea naturales o de guerra.

Por ultimo, existen ciertos rasgos familiares y sociales que actúan en el fenómeno resiliente, tales como:

• temperamento favorable de los padres de familia;
• familia con cohesión y afectiva;
• brindar apoyo a los hijos;
• presencia de estructuras de contención externa al núcleo familiar (profesores, iglesia, padre-madre sustituto, instituciones, etc.);
• relación positiva del grupo de pares.

Por lo que se refiere al abordaje curativo, un *tratamiento profesional* ("estructurado") se basa en una valoración clínica diagnóstica de la problemática del usuario, en la elaboración de planes de atención con objetivos establecidos de acuerdo con las necesidades de las personas y su contexto, con una estructura y duración definidas (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000). Cabe destacar que los objetivos de tales programas a menudo convergen en sus propósitos, debido a dos tipos de factores: las características y componentes de los programas y la variedad de servicios que ofrecen a la comunidad (ONUDD, 2003).

Ahora, considerando la naturaleza heterogénea del abuso/adicción de psicotrópicos, es procedente señalar que varios predictores de la evolución clínica y terapéutica de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son independientes del tratamiento primario contra el abuso/adicción (ASAM, 1997; Bodenheimer, Wagner y Grumbach, 2000). Aunque la calidad y utilidad práctica de los predictores varíe, los factores participantes en ello se han ido identificando, y clarificando su participación (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d). De entre ellos destacan:

1. el grado de los síndromes de intoxicación y abstinencia y la severidad de la adicción;
2. la estirpe biológica del deseo-necesidad de consumo y su conducta de búsqueda, D-NIC;
3. la comorbilidad psiquiátrica;
4. los problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos;
5. la motivación (grado de compromiso y participación en los esfuerzos destinados a la abstinencia);

6. la duración, el tipo y las modalidades de tratamiento;
7. los estados emocionales negativos, afectivos o cognitivos;
8. los rasgos de personalidad y sus modalidades, como trastorno;
9. las habilidades para la adaptación;
10. el abuso múltiple de sustancias;
11. la contingencia y la coacción sobre el paciente;
12. la genética;
13. la arquitectura de los patrones del dormir;
14. la impulsividad e irreflexión conductual;
15. la autoeficacia;
16. una pléyade más de factores económicos y sociales, entre otros (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d).

El grado de severidad de la adicción (en muchos casos derivado del poliabuso), la comorbilidad psiquiátrica y otros problemas psicosociales se relacionan con una pobre respuesta terapéutica. Recientemente se han realizado estudios dirigidos a examinar la eficacia de las estrategias terapéuticas específicas. El tratamiento adecuado de la comorbilidad psiquiátrica y la mejoría psicosociofamiliar, económico, laboral, etc., producen, sin duda, buenos resultados.

Asimismo, el desarrollo de técnicas destinadas a promover autoeficacia, motivación rehabilitatoria, desarrollo de habilidades de adaptación y un mejor funcionamiento en la comunidad (Carroll, 1996) son ejemplos de actividad correctiva, y muestran cómo la identificación de ciertos factores se asocia con los resultados positivos esperados, conduciendo, a su vez, al desarrollo de nuevos tratamientos (Heinrich y Lynn, 2002). En esa dirección, la Ley General de Salud (2005), en su título primero: disposiciones generales, establece vía los artículos 1 y 2 el derecho a la protección de la salud y sus finalidades:

1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
6. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (Ley General de Salud, 2005).

Asimismo, el capítulo VII, "Salud mental", en su artículo 74, señala que "La atención de las enfermedades mentales comprende: I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas. II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales" (Ley General de Salud, 2005).

El artículo 75 indica que: "el internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables" (Ley General de Salud, 2005).

Frente a tales planteamientos, que recuerdan los pronunciamientos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP, 1998), la mesa de trabajo Modelos de Tratamiento y Tipos de Intervención de la comisión de tratamiento del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, convocada por el Consejo Nacional contra las Adicciones, Conadic, y realizada en Centros de Integración Juvenil, A. C., con la participación de distintas organizaciones e instituciones (Conadic/CIJ, 2005), hizo patente la importancia de contar con un sistema de identificación adecuada de las instancias terapéuticas (Conadic/CIJ, 2005), a efecto de canalizar apropiadamente a la población solicitante (vía internet, folletería *ad hoc,* sistema telefónico, etc.), dentro del contexto genérico, que representa la respuesta social-oficial en términos de red nacional de servicios.

Los programas de tratamiento en adicciones a menudo responden a necesidades mundiales, nacionales y estatales, con un abordaje sustentado en modelos inter y transdisciplinarios, que combinan recursos humanos profesionales y paraprofesionales en ambientes libres de drogas e instalaciones específicas, tanto en el plano ambulatorio como en el manejo de urgencias médico-psiquiátricas y de tratamiento residencial (SAMHSA, 2002; Thall, Millikan y Sung, 2000; Simpson, 2004).

Las características de la oferta de servicios se basan en la aplicación de una evaluación integral que busca el establecimiento de un plan personalizado de tratamiento, orientado hacia la abstinencia (productiva, total y permanente), que combata los cuadros agudos, la dependencia y la comorbilidad asociada (Souza, 2003h). De acuerdo con ello se promueve que el paciente tome conciencia de su enfermedad (mental), desarrolle su capacidad autogestiva, se responsabilice del cuidado de su salud, prevenga las recaídas y mantenga la abstinencia (Committee

on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002; Souza, 2003h).

La gama de servicios ofrecidos a la comunidad tiene que garantizar un adecuado funcionamiento de las unidades y recursos humanos, a través de actividades de calidad (NIDA, 1997). Para cumplir dichos planteamientos se recomienda desarrollar:

1. programas de capacitación, actualización y supervisión clínica continua para el personal;
2. actividades de investigación epidemiológica, clínica y sociomédica;
3. difusión sistemática de los resultados que retroalimenten los programas vigentes (Souza, 1998a; Klamen, 1999; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b).

Véase por ejemplo la importancia de la farmacoterapia, que invariablemente ha de relacionarse con la evaluación global y el diagnóstico del caso (Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002; Chick y Erickson, 1996; APA, 2003; OMS, 1993), así como con el establecimiento del plan terapéutico (Cunningham y Humphreys, 2000), orientado al control de los síndromes de intoxicación y abstinencia, el D-NIC (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000) que caracteriza la adicción, el manejo de la comorbilidad y los programas de reducción del daño: sustitución y mantenimiento del fármaco (buprenorfina, metadona, etc.) (Souza, 2005; Souza, 2005a; Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2006b).

De ahí que, considerando la situación del país, se debe reforzar y diversificar la oferta de servicios e intensificar las acciones tendientes a promover actividades de mostrada efectividad.

A partir del reconocimiento de la escasez de recursos y la diversidad de marcos teórico-prácticos que sustentan la puesta en marcha de diversas alternativas terapéuticas, es pertinente establecer un frente común para coordinar esfuerzos y obtener los mejores resultados terapéutico-rehabilitatorios (Souza, 1998a). En este sentido cabe destacar que el éxito de los programas depende de que se considere el momento de la historia natural del trastorno adictivo y, por ende, la circunstancialidad involucrada en la recuperación (cuadro XXIV.1). Tal proceso requiere, a largo plazo, múltiples intentos y cambios conductuales, ya que no suele alcanzarse en un único intento (Souza, 2000e).

Al momento de acudir a tratamiento muchos pacientes han tenido una variedad de experiencias negativas en un periodo de tiempo relativamente corto. Esta situación genera mal funcionamiento familiar, escolar, laboral y social; muchos pacientes reinciden varias veces en el consumo antes de lograr la abstinencia, al margen de la sustancia de que se trate. Otros logran la abstinencia, pero en situaciones estresantes recaen en el consumo, aun pasado mucho tiempo de haberla alcanzado. Por ello, al valorar distintas opciones de

manejo, el especialista responsable deberá recomendar siempre un manejo integral. Y así ocurre, por ejemplo, que algunos adolescentes rechazan las opciones que se les presentan en favor de intervenciones menos intensivas (ONUDD, 2003).

CUADRO XXIV.1. *Guía de identificación de instituciones*

1. Ficha de identificación de la institución

Incluir datos de nombre de la institución o razón social, ubicación, teléfonos, fax, correo electrónico y dirección electrónica, en caso de contar con página web.

2. Descripción del abordaje terapéutico y sus objetivos

Enunciar los programas que tiene su institución, así como la finalidad de cada uno. Describir además el tipo de tratamiento que proporcionan los servicios y sus alcances.

3. Criterios de ingreso, egreso y rehabilitación manejados en la institución

Especificar qué tipo de población admiten y atienden, considerando edades, tipo de problemas que manejan, así como los referentes que consideran para dar por concluida la atención que prestan.

4. Flujograma o algoritmo del proceso de atención (desde la admisión hasta el egreso y acciones postratamiento)

Enunciar y describir brevemente la secuencia de servicios que reciben los pacientes desde su ingreso hasta la terminación de su atención. Favor de incluir el personal que proporciona los servicios señalados.

5. Duración del tratamiento

Enunciar el tiempo en días, semanas, meses, así como el número de sesiones que incluye la atención que proporcionan

6. Costos

Mencionar los costos por consulta, los tabuladores y las políticas que siguen para la asignación de costos, si es el caso.

7. Recursos humanos y materiales con que cuenta

Indicar el personal que está integrado en la prestación de los servicios, señalando sus niveles y profesiones

8. Resultados obtenidos

Anotar el porcentaje de pacientes que permanecen en sus programas y el de los casos que interrumpen su atención, así como la información que dé cuenta de la

forma en que evalúan los resultados que obtienen con los servicios que proporcionan.

FUENTE: Modificado de Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006.

Otros rechazan todo tipo de ayuda externa que dicen "no necesitar", y afirman que sin ayuda pueden dejar la droga (Souza, 2004a). Por lo anterior, es más conveniente dedicar el tiempo necesario a motivar al paciente para que reciba tratamiento que imponer una intervención terapéutica. Las personas con diagnóstico de abuso/dependencia son las que requieren un programa formal de tratamiento, rehabilitación, reinserción e integración social (Miller, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Miller, Benefield y Tonigan, 1993; Carroll, 2002).

En tal sentido, la *adicción* o dependencia es, de acuerdo con la OMS: "una enfermedad mental crónica, caracterizada por recaídas frecuentes; es un trastorno en el que participa una diversidad de factores (genéticos, psicosociales y ambientales) que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución" (ONUDD, 2003). El *tratamiento* se define como: "el proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicotrópicas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud u otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones hasta alcanzar el mayor nivel de salud y bienestar" (ONUDD, 2003).

Por lo tanto, se alude a una gran variedad de procesos y actividades que tienen como premisa participar con el usuario de psicotrópicos en la solución de su problema, por lo que *el uso y abuso de drogas debe tomarse como una enfermedad crónica, sujeta a recaídas, en la que intervienen múltiples factores hereditarios, individuales, familiares y sociales* (Souza, 2000e).

Por cuanto a la participación de la herencia, estudios científicos han demostrado la relación entre consumo de alcohol en uno o ambos padres y su posible aparición en alguno de los hijos. Estudios recientes intentan correlacionar la presencia de neurorreceptores y sus neurotransmisores específicos en los humanos, como un posible factor de predisposición para el abuso y la adicción de psicotrópicos.

Cabe destacar que, si bien el tratamiento se reconoce como un proceso a largo plazo, en el que son frecuentes las recaídas, existen muchos comunicados que indican que el manejo antiadictivo representa una estrategia efectiva en la reducción del consumo de sustancias y de los trastornos asociados, así como de los problemas sociales relacionados con el uso de sustancias (Murphy, 2003; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004a).

Esta aseveración se respalda por un mayor número de programas y técnicas específicas para enfrentar los requerimientos y necesidades específicas de los afectados. Es pertinente considerar que existen limitaciones, ya que no todas las personas que abusan o son dependientes acuden a solicitar tratamiento, y

quienes lo hacen tienden a solicitar ayuda cuando el trastorno ya es crónico, lo que reduce las posibilidades de un resultado exitoso. Los adictos son los más propensos a las recaídas, por lo que es necesario promover la motivación para el tratamiento hasta que finalmente logren un control (Miller, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Miller, Benefield y Tonigan, 1993).

De hecho, en su historia destaca la presencia de psicopatología previa (depresión, ansiedad, fobias y trastornos de personalidad, sexuales, del dormir, etc.), y se identifican conductas emocionales como extrema dependencia, poca tolerancia a la frustración e impulsividad (Souza, 2004a).

En relación con el grupo familiar, incluyendo a padres, hermanos y otros familiares cercanos, es frecuente el consumo de sustancias legales (tabaco, alcohol), pero no menos dañinas, y fármacos de uso médico para enfrentar las dificultades de la vida cotidiana. También se han identificado otros factores familiares asociados con el consumo, como violencia doméstica (Juárez *et al.*, 1994), maltrato psicofísico y abuso sexual infantojuvenil, TDA/H y demás conductas que interfieren con un desarrollo psíquico normal.

Entre los factores sociales que inciden en la génesis de esta patología se destacan la disponibilidad y el fácil acceso a las sustancias (lícitas e ilícitas) a edades cada vez más tempranas; la información contradictoria en medios masivos de comunicación; la disminución de la calidad de vida al aumentar la migración a polos urbanos en busca de una mejoría económica; el aumento de la delincuencia (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b) y, de manera asociada, un paulatino incremento del estrés psicosocial.

Estas condiciones permiten afirmar que en el tratamiento deben coexistir los planos biológico, psicológico y social, identificándose la necesidad de intervenir desde una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica (Souza, 2003f).

Las actividades prácticas en el plano biológico coinciden con la inclusión del personal médico y de enfermería mediante procedimientos y técnicas dirigidos al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que permitan limitar el daño orgánico, la discapacidad y la muerte, a través de la intervención oportuna con los procesos de desintoxicación, estabilización y control de patologías derivadas de la interacción individuo-droga.

La psicoterapia, aplicada por el psicólogo o el psiquiatra con formación psicoterapéutica, mediante la utilización de procedimientos y técnicas relativos al campo de la salud mental, es una herramienta indispensable (Souza, 2004a; Woody, 2003). En el plano social, desde la perspectiva de la reinserción de los afectados, la intervención es responsabilidad de los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines, quienes utilizan técnicas tendientes al desarrollo armónico en sus diversos componentes, considerando las áreas familiar, educacional, laboral y la administración del tiempo libre, a fin de implementar las redes de apoyo social (Souza, Quijano,

Romero, Arroyo, García, Quintanilla, Díaz Barriga y Guisa, 2006) y supervisión de la abstinencia a largo plazo.

La intervención terapéutica supone la comprensión y conocimiento de este trastorno y por ello requiere la realización de las siguientes actividades:

1. evaluación, delimitación e inicio del problema;
2. formulación y control de las hipótesis;
3. selección de objetivos;
4. especificación de variables;
5. tratamiento (acorde con la disponibilidad real);
6. evaluación del proceso y del resultado;
7. seguimiento de los resultados alcanzados.

En consecuencia, el tratamiento incluye:

1. *Estrategias de sensibilización e información*. En los servicios de salud públicos y privados deben difundirse los riesgos para la salud provocados por el consumo de drogas. Es necesario dar a conocer a los usuarios y consumidores la evidencia científica de las consecuencias de este consumo problemático y las razones por las que se justifica su inclusión en programas de tratamiento y rehabilitación. A través de campañas masivas de información se debe propiciar la búsqueda de atención y su adecuada canalización a los servicios especializados.
2. *Estrategias de detección oportuna*. Identificación de personas que presenten problemas asociados con el consumo de drogas. Conocer las particularidades de la población objetivo.

Lo fundamental es lograr ubicar, definir y evaluar el estadio motivacional en que se encuentra el paciente, y dirigirlo hacia una etapa de cambio que le posibilite la toma de decisión y el ingreso a un tratamiento (ASAM, 1996). Se aplican instrumentos estandarizados que coadyuvan a identificar y reconocer situaciones que indiquen una probabilidad de consumo problemático en la propia persona o en alguna otra de su entorno.

La instancia más propicia en salud para la detección temprana corresponde al primer nivel de atención, el cual dispone de directorios de organizaciones e instituciones para la referencia de casos. Asimismo, realiza acciones similares en los servicios de salud de los centros de readaptación social, servicios de urgencia de los hospitales y servicios de psiquiatría, todo ello sin omitir las diferencias entre programas de tratamiento de distintas organizaciones involucradas en el manejo antiadictivo en el país (Heinrich y Lynn, 2002; SAMHSA, 2002; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002). Los servicios de tratamiento deben asimilarse a las recomendaciones de

los expertos (ONUDD, 2003), realizando actividades específicas de desintoxicación, tratamiento farmacológico, psicoterapias y asesoramiento psicosocial. Se sugiere que todo tipo de manejo cumpla al menos los siguientes objetivos:

1. reducir el número de casos de dependencia de sustancias psicotrópicas;
2. reducir la morbimortalidad causada o asociada con el uso de sustancias;
3. asegurar que los usuarios sean capaces de obtener mayores beneficios de orden físico y mental, de habilidades sociales, así como de tener un mayor acceso a servicios y oportunidades que les permitan alcanzar una integración completa (Souza, 2003h).

De modo que el tratamiento representa un componente esencial de una estrategia integral para la reducción de la demanda, y por lo tanto deben tomarse en cuenta dos condiciones fundamentales:

1. mostrar que es efectivo para reducir el consumo de drogas;
2. disponer de capacidad y personal suficiente de manera que permitan el acceso a tratamiento a un amplio número de personas afectadas por el consumo de psicotrópicos.

Así, la efectividad del programa traducirá su logro en mayores coberturas y, en consecuencia, tendrá un impacto saludable en la comunidad (McLellan, Grissom, Alterman, Brill, Harwood, Cavanaugh y Ginzburg, 1989; Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh y Ginzburg, 1989; Humphreys y Tucker, 2002; Howard, Morad, Brill, Martinovich y Lutz, 1996; Finney, Hahn y Moos, 1996). Pero como en México y otros muchos países las adicciones a menudo se asocian con un estigma social, es indispensable la participación del profesional de la salud, agentes comunitarios y líderes locales para promover una comprensión clara de todos los factores que inciden en el abuso/adicción y la manera más eficaz de tratarlos (Souza, 2002d; Souza, 2000d).

El apoyo de los servicios de tratamiento en la comunidad presenta grandes ventajas, ya que puede fomentar la creación de un entorno propicio para obtener los recursos necesarios para el funcionamiento y el desarrollo de unidades operativas.

En consecuencia, el tratamiento en adicciones adopta distintas modalidades.

CLÍNICA HOSPITALARIA

Basada en el modelo médico, su utilización es fundamental para la desintoxicación y el control de la abstinencia, la disminución de los efectos de las

sustancias, el tratamiento del daño orgánico y de la comorbilidad psiquiátrica y, en particular, el mantenimiento de la salud a largo plazo.

Se emplea la farmacoterapia para reducir los signos y síntomas de la intoxicación y la abstinencia, eliminar el efecto de la droga y uso de reforzamientos subjetivos (antagonistas como la naltrexona); se promueve que el uso de la droga sea de tipo aversivo a través de una interacción farmacológica (disulfiram); el empleo de estrategias de sustitución (metadona, parches de nicotina, etc.); el tratamiento de padecimientos asociados; el empleo de metadona, buprenorfina o naltrexona es un recurso disponible para pacientes con adicción a opiáceos.

Los antidepresivos o los neurolépticos forman parte importante de un tratamiento exitoso para pacientes con comorbilidad, como depresión, trastornos por angustia, bipolares o psicóticos. Esta modalidad abarca el manejo en dos momentos: intoxicación aguda y la desintoxicación en su etapa de estabilización.

En esta modalidad, la desintoxicación a corto plazo en régimen de internamiento o residencia se utiliza principalmente para el tratamiento de la intoxicación severa, el síndrome de abstinencia o sus complicaciones.

Estos pacientes, que por diversas razones conectadas con la gravedad de su trastorno muy probablemente no pueden abstenerse de las drogas si permanecen en la comunidad, necesitarán estar en un entorno supervisado y controlado por especialistas.

Los objetivos fundamentales de esta etapa son recibir, evaluar, diagnosticar agudamente (situación de consumo, comorbilidad psiquiátrica y física, estado motivacional y compromiso psicosocial), aplicar estrategias de motivación, fomentar la motivación existente para continuar en tratamiento, y derivación asistida a otro lugar de la red asistencial. Este internamiento breve puede ser aprovechado para el inicio de un proceso de tratamiento de largo alcance.

Los síntomas agudos del paciente pueden ser tratados eficazmente y con rapidez, lo que traduce la preparación, cuya mejoría permita que sea evaluado, entre otros aspectos, sobre su motivación, así como los estadios, procesos y niveles de cambio por los que atraviesa. Muchas veces el cuadro agudo que motiva el internamiento puede actuar como instigador para favorecer la motivación hacia el cambio. Esto será mucho más factible si el terapeuta aplica estrategias de motivación para lograr que el paciente continúe bajo tratamiento, el cual dependerá de la evaluación básica, y podrá ser eventualmente ambulatorio.

Debe incluir, en este caso, un contrato terapéutico que favorezca la adhesión del paciente y que, a su vez, especifique que si el tratamiento ambulatorio no funciona el paciente aceptará otra modalidad terapéutica más intensiva o prolongada. El establecimiento de una adecuada relación terapeuta-paciente se constituye en un reto para el terapeuta, ya que de ella dependerá en gran medida el logro de la adhesión al tratamiento. El paciente puede estar en etapa inicial

(precontemplativa o contemplativa), y por lo tanto no tener la capacidad de evaluar objetivamente la conveniencia de someterse a manejo.

La severidad del terapeuta para establecer normas rígidas o modalidades de tratamiento intensivo (internamiento), como única alternativa, es factor determinante de la falta de adhesión y abandono del tratamiento por el paciente. En la mayoría de esos programas se pasa de una etapa de desintoxicación a una etapa bastante breve de prevención estructurada de recaídas, asesoramiento y educación, con la perspectiva de remitir a la persona a otro servicio. Algunos pacientes abstinentes frecuentemente presentan otros problemas psicofísicos, de modo que los programas de internamiento a corto plazo pueden constituir una oportunidad propicia para descubrir y tratar esos problemas (U. S. Department of Health and Human Services, 1998; U. K. Health Department, 2002).

Por su parte, la rehabilitación, en etapa de prevención de recaídas, atiende las necesidades de los pacientes que concluyeron la fase de manejo de síndrome de intoxicación-abstinencia (Souza, 2003h; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). Los programas de prevención de recaídas o rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan colaborar en poner un eficaz freno al deseo de consumo, toda vez que éste, de estirpe biológica, requiere fármacos específicos para ser bloqueado y así, de modo más fisiológico, impulsar la abstinencia (Souza, 2003h; Souza, 2005d; Souza, 2005a; Souza, 2000e).

AMBULATORIA

Sus servicios se indican cuando se considera que las personas presentan trastornos por consumo de sustancias leves, no complicados, o no han desarrollado comorbilidad, o bien que ésta se puede controlar y lograr la abstención del consumo de drogas sin salir de la comunidad.

En ese lapso se puede alentar al paciente a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios terapéuticos (psicoterapia individual, familiar, grupal, orientación a familiares de adictos y grupos de ayuda mutua).

INTERVENCIONES COMUNITARIAS Y AMBULATORIAS

Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o bien, en un nivel más informativo-orientador, de asesoramiento general.

El plan suele configurarse en función de las necesidades de cada participante, siguiendo un método de gestión de casos. Éste se basa en la determinación inicial y continua —por parte de un clínico o de una persona especializada y entrenada

ad hoc— de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes. Tal análisis da lugar al establecimiento de un conjunto de metas individuales de manejo que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento.

La gestión de casos abarca también funciones de enlace y la remisión a otros servicios auxiliares de apoyo que necesite el afectado, así como a otros programas especializados pertinentes. En muchos países la mayoría de los orientadores (consejeros) utilizan técnicas cognitivo-conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tratamiento cuya duración oscila entre una intervención breve, de una a tres sesiones, y un programa estructurado de varios meses de duración.

En México, al igual que en otros países, existen programas ambulatorios estructurados, con intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares, que van desde planes básicos, con asistencia dos veces por semana, hasta planes más intensivos, en los cuales se espera que los pacientes asistan cuatro o más días por semana, varias horas por día.

Se trata de ayudar al paciente a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas, con miras a mitigar las consecuencias negativas de éste, y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento, educación individual y grupal pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/sida (CDC, 1997; Hsu y Fishman, 2002; ONUSIDA, 1997), relaciones familiares, formación profesional, reinserción laboral, apoyo en materia de vivienda y otros asuntos jurídicos.

En síntesis, los servicios en centros públicos y privados con planes profesionales terapéuticos o rehabilitatorios (estructurados) ofrecen programas claros, con determinación de necesidades, planes y metas claramente definidos y exámenes periódicos, a diferencia de los servicios no profesionales (de orientación e información), que ofrecen apoyo inmediato y asesoramiento no programado.

INTERVENCIONES Y PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

Existen programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los primeros incluyen un plan de desintoxicación en la primera etapa de manejo y duran de 30 a 90 días. Los segundos por lo general no contemplan el manejo de la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es el de la comunidad terapéutica.

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común: vida comunitaria con otros dependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos

en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación y apoyo al postratamiento o seguimiento.

Por lo general se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos o Cocainómanos Anónimos). Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición (espacios colectivos semiindependientes, situados generalmente cerca del lugar donde se brinda el programa residencial principal).

En ellos se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se continúa el apoyo institucional necesario. Por su lado, los programas e intervenciones farmacológicas requieren comentario aparte, pues participan cada vez más debido a su eficacia contra la sintomatología aguda y la básica comórbida de los cuadros.

Dentro de las modalidades de tratamiento y rehabilitación, ambulatorias o residenciales del abusador/adicto, está el tratamiento psiquiátrico. Éste, desde los años ochenta, intenta la rehabilitación, enfatizando el diagnóstico clínico, la psicoterapia y la ayuda farmacológica.

No obstante que en esta última área se han hecho grandes esfuerzos para conseguir drogas agonistas o antagonistas para favorecer la extinción de la adicción controlando el D-NIC (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004), muchos de los fármacos empleados, aunque útiles para solucionar la crisis de la adicción, muestran resultados pobres a largo plazo, por lo que prosigue la investigación dirigida, entre otros aspectos, a bloquear los efectos de las drogas en el circuito del placer, a través del hallazgo de nuevas sustancias o de "vacunas" (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004). Para dar en forma breve una idea sustancial de la magnitud de las adicciones, basta señalar su impacto epidemiológico. El Informe Mundial sobre las Drogas de las Naciones Unidas para 2004 presenta un cuadro exhaustivo de las tendencias de la droga en el mundo: 3% de la población mundial (185 millones de personas) que hizo uso indebido de drogas en los últimos 12 meses (UNODC, 2005).

La sustancia más frecuente fue mariguana; 150 millones de personas la usaron por lo menos una vez al año; 38 millones consumieron estimulantes de tipo anfetamínico (ocho millones de las cuales consumen metanfetamina, "éxtasis"); 15 millones utilizaron heroína, morfina y opio; 13 millones cocaína. También se señala un aumento en el uso de la vía inyectable.

La ONUDD refiere que en el mundo existen 1300 millones de fumadores de tabaco, considerado como la primera causa de muerte prevenible, asociada con isquemia miocárdica, padecimientos cerebro-vasculares, cáncer de pulmón y otras neoplasias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras (ONUDD, 2003). Afirma la OMS que en el año 2000 ocurrieron 4.9 millones de defunciones relacionadas con la adicción nicotínica, equivalente a 8.8% del total de

fallecimientos; y que el tabaco es responsable de la pérdida de 59.5 millones de años de vida saludable (UNODC, 2005).

Señala también que en ese año murieron más de 200 000 personas por el uso indebido de drogas, 0.4% del total de las muertes registradas en el mundo. Y si se utiliza el criterio de años de vida ajustados en función a discapacidad, este tipo de consumo habría causado la pérdida de 11.2 millones de años de vida sana.

Se ha identificado el consumo de etanol como una de las principales causas de la carga global de enfermedades, pues además de la adicción y la cirrosis, el consumo se asocia con muchas otras enfermedades, lesiones y fallecimientos por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, etc. Entre los hombres representa la primera causa de discapacidad en países desarrollados y ocupa el cuarto lugar en el mundo en desarrollo.

En América Latina y el Caribe el consumo de alcohol es particularmente problemático, con el porcentaje más alto del total de muertes atribuibles al consumo etílico: 4.5%, comparado con el 1.3% de regiones desarrolladas y el 1.6% para regiones en desarrollo (ONUDD, 2003).

En la reunión de la comisión de narcóticos de la UNODC, en 2006 (Costa, 2006), se reconoció a los estimulantes metanfetamínicos como un mercado peligroso y en expansión. Y si bien el opio y la heroína han decrecido en su producción y distribución, siguen siendo un problema de salud pública mundial. Las conclusiones de la más reciente reunión señalan que las drogas ilegales matan más personas que otros psicotrópicos adictivos, aunque no existan millones de muertes anuales por drogas, como ocurre con el tabaco.

Ello se debe a que el régimen de control de drogas funciona y mantiene relativamente bajo el nivel de abuso. De hecho, las crecientes y rápidas restricciones impuestas al tabaco muestran que las lecciones sobre régimen de control de drogas pueden dirigirse a otras formas de adicción (Costa, 2006), y se constata que desempeñan un papel importante en la instigación de prácticas sexuales sin protección y de comportamientos violentos, en especial en la familia (ALC, 2004).

Cabe destacar que en México el consumo de drogas ilegales aún no alcanza la dimensión de otras naciones; sin embargo, se observa un incremento notable del uso de cocaína, una notoria elevación del uso de metanfetaminas en diversas regiones del país, y brotes epidémicos de uso de heroína. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) señala que 5% de la población entre 12-65 años de edad (3.5 millones de personas) ha consumido alguna droga ilegal alguna vez en la vida; 569 000 personas (0.82%) lo hicieron en los últimos 30 días.

La mariguana es la droga ilegal de mayor consumo (2.4 millones de personas), en proporción de una mujer por 7.7 hombres. La cocaína ocupa el segundo lugar (1.4%), con una relación de una mujer por cada cuatro hombres. En orden descendente siguen los disolventes volátiles, los estimulantes de tipo anfetamínico, la heroína y los alucinógenos.

La prevalencia de consumo por sexo en los últimos 30 días fue de 1.3% en hombres y 0.42% en mujeres; en el último año, de 2.2% en varones y 0.55% en mujeres; en tanto que el consumo alguna vez en la vida es de 8.59% y 2.11%, respectivamente. Entre los adolescentes de 12-17 años de edad que han usado drogas alguna vez en la vida, 77.7% corresponde a los varones y 23.3% a mujeres.

La edad promedio de inicio para ambos fue 14 años. La droga de uso más frecuente es la mariguana, seguida de disolventes volátiles, y en tercer lugar cocaína. Dicha encuesta señala que casi 14 millones (26.4%) de adolescentes fuman tabaco y 32.3 millones consumen alcohol.

Se estima que existen 13 millones de adictos a la nicotina y 35 millones de fumadores pasivos en la población total; cada día ocurren 150 defunciones asociadas con esa adicción. De 1988 a 1998 la cifra de fumadores aumentó de 9.2 a 13 millones; se sabe que 3.5% de la población inicia el consumo de tabaco antes de los 10 años, y se observa incremento en el número de mujeres fumadoras.

En México, el abuso de alcohol es un grave problema de salud pública: representa 9% del peso total de la enfermedad; se relaciona directamente con cinco de las 10 principales causas de defunción asociadas con enfermedades cardiacas, accidentes, problemas cerebro-vasculares, cirrosis hepática y homicidios, así como con lesiones en riñas, accidentes de tránsito y conductas imprudenciales y de riesgo a la salud (ENA, 2002).

La ENA 2002 señala que en el país 32.3 millones de personas entre 12-65 años de edad consumen alcohol, y 25.7% del sector juvenil; 3.5 millones de adolescentes ingirieron una copa completa en el año previo al estudio. El consumo en la población urbana es de 35% de hombres y 25% de mujeres (ENA, 2002). Las encuestas en población de enseñanza media y media superior en la ciudad de México refieren un incremento de 15% en 1989; 21% en 1991, 24% en 1993 y 25% en 1997. Nótese que el consumo de cinco copas o más, al menos una vez al mes, cambió de 12% en 1991 a 23% en 1997 (Medina-Mora, Rojas, Juárez y Berenzon, 1993).

Otro ángulo a enfocar en este planteamiento es que desde hace mucho tiempo cada centro, organización e institución de tratamiento antiadictivo tiene sus propios criterios. Tales servicios, al operar inconexos, desde el concepto de la patología adictiva y su comorbilidad, hasta los significados y alcances de su participación, malversan los recursos disponibles de la comunidad (Souza, 1998a).

Es importante considerar, para sólo citar uno de los muchos puntos a revisar, que la diferencia de manejo entre el abusador/adicto con antecedente de tratamiento y quienes son de primera ocasión no ha sido pertinentemente evaluada en el sector, por lo que algunos autores insisten en enfocar las respectivas condiciones (Rounds-Bryant, Kristiansen y Hubbard, 1999; Hser, Grella y Hsieh, 1999).

Es igualmente materia de análisis el criterio empleado para determinar los principios básicos de tratamiento en esta área de la patología mental. El National Institute on Drug Abuse de los Estados Unidos, NIDA, con base en el resultado de investigaciones corroboradas sistemáticamente por medios imagenológicos (Souza, 2006a), difunde una lista de criterios básicos que, de forma resumida, plantean los criterios "mínimos recomendables" respecto de la terapéutica eficaz contra el proceso adictivo (NIH, 2005; APA, 2003).

Hoy, que en México se dirigen esfuerzos formales para crear un sistema nacional de tratamiento integral de las adicciones (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2006b), resulta muy pertinente ocuparse de la discusión de tales criterios que, con apego a los lineamientos de la ONUDD (2003), y a modo de paradigmas, circunscriben la utilidad de las medidas correctivas de los pacientes y los distintos psicotrópicos que consumen (gráfica XXIV.1).

Los principios de tratamiento efectivo (NIH, 2005; APA, 2003) son:

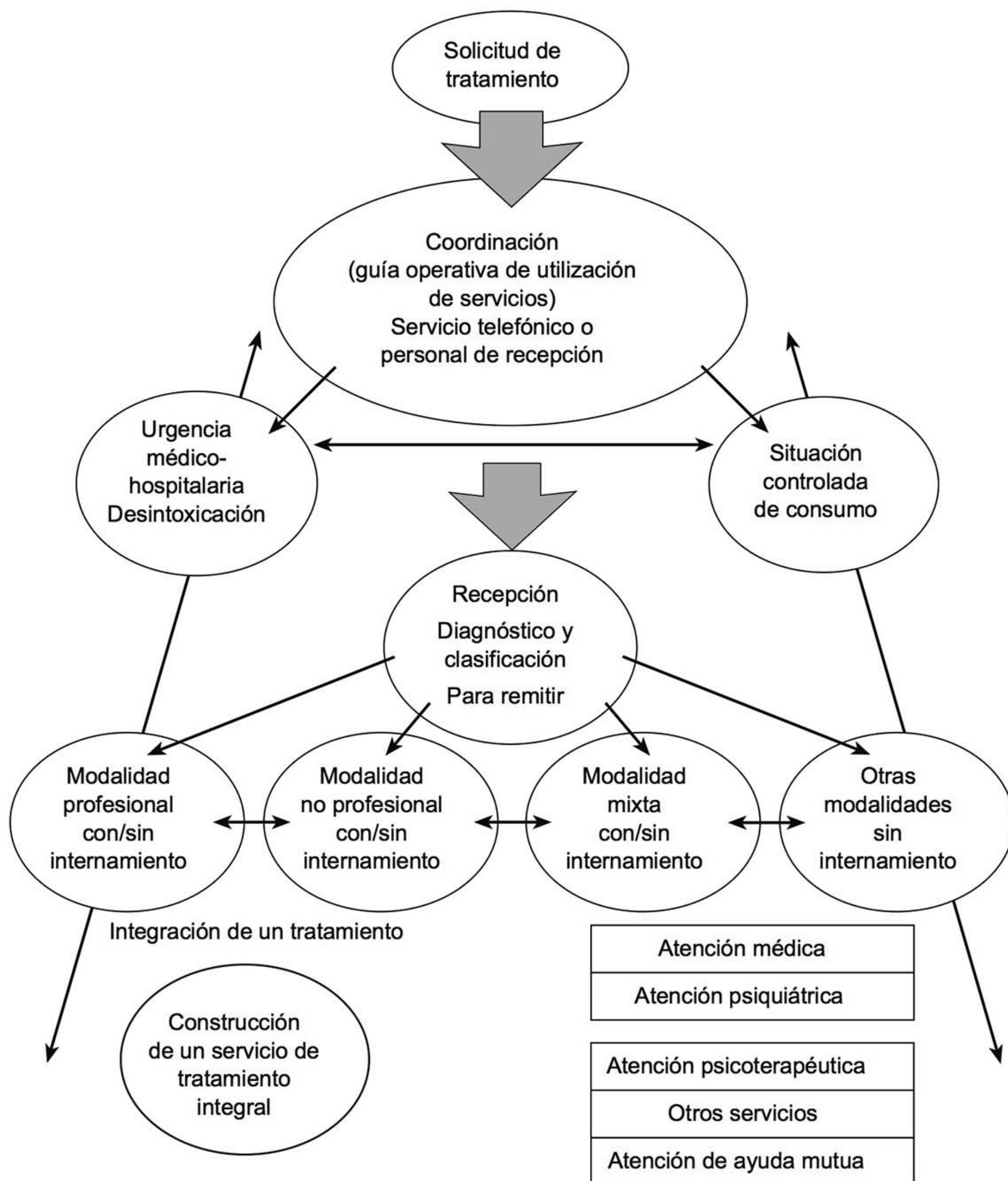
1. *No existe un tratamiento único para todos los individuos*. En efecto, como ha sido señalado en múltiples oportunidades y foros, los distintos ámbitos de manejo de la patología adictiva no sólo reflejan abordajes disímiles sino conceptos que difieren en su conceptuación y, por lo tanto, en las medidas que aplican. Por ello deviene trascendental para el éxito de cualquier tratamiento —que siempre debe considerarse a largo plazo, más allá de cinco años— (Souza, 2003h) el logro de una combinación adecuada de recursos, cuya mayor eficacia resulta de la integración del tipo de ambiente, tipo de intervención y servicios de tratamiento, que atienden los problemas y las necesidades particulares de cada paciente (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2006b).

   Esta operación de ajuste metodológico, por un lado, y de la ubicación y tipo de servicios (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a), por el otro, es crítica para obtener en el paciente un éxito que le permita el regreso a un funcionamiento productivo en su familia, trabajo y sociedad (Souza, Turull y Cárdenas, 1984).
2. *El tratamiento debe ser accesible y estar disponible en todo momento*. Si se parte del hecho de que los pacientes son en general reacios a ingresar a tratamiento, la indicación es que no se debe desaprovechar ninguna oportunidad para ello. La facilitación —administrativa, económica, de ubicación, etc.— de este manejo se considera crucial (Miller y Cooney, 1994; Broome, Simpson y Joe, 1999), toda vez que se pueden perder los candidatos potenciales a tratamiento tan sólo por el hecho de que éste no esté inmediatamente disponible o no sea todo lo accesible que debe ser para iniciar por lo menos una entrevista motivacional (Miller, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Miller, Benefield y Tonigan, 1993).
3. *Un tratamiento eficaz debe enfocarse y atender todas las necesidades del paciente, no sólo el consumo de drogas*. Desde luego, un tratamiento, para ser eficaz, debe dirigirse a reducir el consumo de psicotrópicos —legales e ilegales

— del individuo, así como los demás problemas médicos, psicológicos, sociales, vocacionales y legales asociados (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Parker y Parikh, 2001; Souza, 2000f).

4. *El tratamiento de un individuo y el plan de los servicios ofrecidos deben evaluarse continuamente y modificar cuando y cuanto sea necesario, para asegurarse de que el plan terapéutico resuelve las cambiantes necesidades de cada persona*. Es obvio que sin actividades específicamente dirigidas a la evaluación de las acciones correctivas no es posible establecer la eficacia de ningún programa de tratamiento. Además, cualquier paciente puede requerir combinaciones variables de servicios en distintos momentos de su tratamiento y rehabilitación y de sus componentes durante el curso del manejo y su recuperación (ONUDD, 2003; Souza, 2003c).

GRÁFICA XXIV.1. *Ruta de acceso a los servicios del sistema*



FUENTE: Modificado de Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006.

Amén de la supervisión clínica y/o psicoterapia, un paciente puede requerir ocasionalmente o en forma regular medicación y otros servicios médicos, terapia familiar e instrucción y orientación a sus familiares, rehabilitación

vocacional y servicios sociales y jurídicos, entre muchas otras cosas (Díaz Barriga, Souza, Romero, Quijano y Guisa, 2005; Díaz Barriga y Souza, 2003). Es muy importante también que el enfoque del tratamiento sea apropiado a la edad, género, pertenencia étnica y a la cultura del paciente en cuestión (Etheridge, Cradock, Hubbard y Rounds-Bryant, 1999).

5. *Para que el tratamiento resulte efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo*. Si bien la duración apropiada para un paciente depende en primera instancia de su condición clínica y circunstancialidad, así como de sus necesidades particulares y los problemas concomitantes o derivados del consumo, los resultados de investigaciones *ad hoc* señalan que para la mayoría de ellos se comienza a apreciar una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2005; Smith, Volpe, Hashima y Schuckit, 1999; Ho, Tsuang y Liberman, 1999), tras lo cual el tratamiento adicional tiende a reforzar e incrementar el progreso adicional hacia la recuperación (Souza, 2003c; Díaz Barriga y Souza, 2003; Charney, Paraherakis y Gill, 2000), en una patología que por definición incluye recaídas en su evolución (OMS, 1993; APA, 2000). Dado que los pacientes a menudo abandonan el tratamiento en forma prematura, los programas han de incluir estrategias específicas para contratar, mantener y recontratar a los pacientes bajo tratamiento (Prado, Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 2000; Souza, 2005a).
6. *La terapia individual y grupal y otros tipos de terapia conductual son importantes componentes del tratamiento eficaz en adicciones, como maniobras destinadas al logro de la abstinencia y al mantenimiento de la adhesión al tratamiento* (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2005; Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005b; Havassy, Shopshire y Quigley, 2000). Es importante señalar que la terapia se enfoca prioritariamente a que los pacientes trabajen sus aspectos motivacionales (patógenos) hacia el consumo y al desarrollo de habilidades estructurales y caracterológicas que les permitan oponerse firme y eficazmente al consumo de sustancias.

   De ahí que siempre se busque sustituir el consumo de psicotrópicos por actividades constructivas y gratificantes que mejoran la aptitud para enfrentar los problemas, vía soluciones eficaces (Souza, 2003h; Souza, 2004a; Díaz Barriga y Souza, 2003). La terapia conductual también facilita las relaciones interpersonales y la capacidad del individuo para funcionar en familia y en la comunidad. Las pautas para la sección del tratamiento del D-NIC dan ocasión para reunir los detalles neuroquímicos y la condición psicosocial de los diversos componentes de tratamiento, a efecto de lograr metas de abstinencia y crecimiento personal (Souza, 2003h; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000).
7. *Los medicamentos son elementos importantes del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combinan con psicoterapia y/o terapia*

conductual. Los hay de varios tipos. Se dirigen en primera instancia al control de distintos procesos: el manejo de la sintomatología aguda y la abstinencia, así como los cuadros ansioso-depresivos o psicóticos de fondo, que requieren fármacos específicos como elementos para el control de los síntomas agudos o crónicos. Por otra parte, sin menoscabo de la prescripción requerida por los pacientes, y por diversas causas (trastornos formales o sintomatología neurológica, cardiovascular, gastroenterológica, trastornos de la función sexual, alimentaria, etc.), la metadona, la buprenorfina y otros fármacos como la levo-alfa-acetilmetadol (LAAM) son muy eficaces en los adictos a la heroína u otros narcóticos, al estabilizar su funcionamiento psicosocial y coadyuvar a reducir el uso ilícito de drogas.

La naltrexona es eficaz en pacientes adictos a opiáceos y etílicos comórbidos. En pacientes adictos a la nicotina los productos de remplazo (parches o chicles) o la medicación oral (bupropión) son igualmente componentes eficaces del tratamiento (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2005; Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005b; Havassy, Shopshire y Quigley, 2000). Y para los pacientes con trastornos mentales concomitantes se requieren ambos a la vez: medicación y tratamiento conductual, como pautas necesarias de manejo (Souza, 2003b; Souza, Díaz Barriga, Cruz y Guisa, 2007; Schubiner, 2005; CIJ, 2005).

8. *Los pacientes abusadores/adictos con trastornos comórbidos deben tratarse de manera conjunta e integral* (Souza, Díaz Barriga, Cruz y Guisa, 2007; Schubiner, 2005; CIJ, 2005). Es preciso continuar enfatizando que los trastornos adictivos y otros trastornos mentales ocurren a menudo en un mismo individuo. Quienes presentan una u otra condición deben ser adecuadamente diagnosticados y tratados por la presencia simultánea de otro tipo de trastorno. De hecho, debe tratarse en primer término el trastorno de base que más afecte el pronóstico de manejo del paciente. A quienes padecen TDA/H y trastornos por consumo de sustancias se recomienda sean tratados primeramente por el problema básico o inicial (TDA/H) y posteriormente ajustar el manejo antiadictivo (Schubiner, 2005; Compton, 2000).
9. *El tratamiento médico de la desintoxicación (incluye los síndromes de intoxicación y abstinencia) representa sólo la primera etapa del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, el cual por sí mismo no cubre el manejo antiadictivo* (Broers, Giner, Dumont y Mino, 2000). La desintoxicación médica maneja con seguridad los síntomas físicos agudos, tanto de los síndromes de intoxicación como los de abstinencia (Bammer, Battisson, Ward y Wilson, 2000). Pero el manejo de éstos, aunque reduce la condición patológica inicial, no es suficiente para ayudar al paciente a mantener su abstinencia posterior, y en algunos individuos sirve como un precursor terapéutico del manejo efectivo a largo plazo de la adicción

(Simpson, Gue, Rowan-Szal y Greiner, 1997; Gossop, Marsden, Stewart y Rolfe, 1999).

10. *El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz*. Es preciso reconocer que al tratar a un abusador/adicto entra en juego una pléyade de circunstancias. Por eso, si bien en general el proceso de tratamiento tiende a facilitarse, gracias a la actuación de una fuerte motivación (conciencia de falla, y en el mejor de los casos conciencia de enfermedad —mental—, colaboración, etc.), las sanciones o premios dentro de la familia, del ambiente laboral o del sistema judicial, incluso, pueden incrementar significativamente los porcentajes de individuos que entran en programas antiadictivos y se mantienen en ellos, así como el éxito de los mismos (Souza, 2004a; Díaz Barriga y Souza, 2003).

11. *El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado*. Durante el periodo inicial de manejo —e incluso después—, dadas las características del trastorno por consumo de sustancias, es muy posible que ocurran recaídas (Broome, Flynn y Simpson, McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005; McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005; SAMHSA, 2002). La supervisión objetiva del consumo de psicotrópicos legales e ilegales durante el manejo debe incluir análisis de orina u otros exámenes (antidoping de sangre o saliva), que ayuden al paciente a detectar y resistir sus deseos de consumo (McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005).

    Esta clase de supervisión proporciona a la vez una evidencia temprana del reinicio de uso de drogas para que el plan de tratamiento pueda reajustarse. Dar a conocer los resultados de los informes a los pacientes que registren positivo el antidoping sirve, además de la propia detección, como un elemento importante en el manejo psicoterapéutico (Souza, 2004a; Díaz Barriga y Souza, 2003).

12. *Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para VIH/sida, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que los colocan a ellos o a otros en riesgo de ser infectados*. En efecto, amén de las pruebas diagnósticas de otras patologías comórbidas comunes en estos pacientes, se ha recomendado que la terapia deba dirigirse asimismo a favorecer todo tipo de ayuda a los pacientes y a evitar conductas de alto riesgo (Compton, 2000; McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005). También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad (Hsu y Fishman, 2002; ONUSIDA, 1997).

13. *La recuperación de la adicción puede ser un proceso a largo plazo y requiere a menudo episodios múltiples de tratamiento*. Desde luego, tal como ocurre en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el consumo de drogas puede producirse durante o después de episodios exitosos de tratamiento, lo cual no significa retroceso sino evidencia de la difícil lucha por establecer un nivel de

equilibrio neurológico saludable (Simpson, 2004; APA, 2003; OMS, 1993). De ahí que los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples rondas de tratamiento (ONUDD, 2003) para poder lograr la abstinencia y preservarla a largo plazo, en un funcionamiento completamente restablecido (Souza, 2000e; Souza, 2004a).

La participación en programas complementarios de ayuda mutua durante y después del tratamiento es decisiva, siempre y cuando brinde el apoyo necesario para mantener la abstinencia (Chick y Erickson, 1996; APA, 2003; Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2006b; OMS, 1993).

En consecuencia, y en apoyo a esa línea de pensamiento, se muestran las premisas recogidas de la mesa de trabajo Modelos de Tratamiento y Tipos de Intervención de la comisión de tratamiento del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones (Conadic/CIJ, 2005), para todo servicio de tratamiento:

1. rehabilitarse es una decisión importante, pero la forma en que se haga puede mejorar o empeorar la condición;
2. el autodiagnóstico (en psiquiatría, psicología, psicoterapia o psicoanálisis) no tiene utilidad clínica;
3. no todo diagnóstico es un diagnóstico sobre adicciones y su patología comórbida;
4. un tratamiento de rehabilitación no debe iniciarse sin un diagnóstico profesional;
5. para realizar un tratamiento con internamiento es indispensable contar con la opinión diagnóstica autorizada de un profesional;
6. en ningún caso debe internarse a una persona contra su voluntad, salvo las circunstancias excepcionales en que el juicio de la persona esté fuertemente perturbado, contando con la autorización de un familiar y la recomendación profesional autorizada;
7. toda persona tiene el derecho de conocer el programa de rehabilitación y de no permitir que se le oculten los lineamientos o los responsables de realizarlos;
8. bajo ninguna circunstancia un programa de tratamiento está autorizado a violar los derechos humanos de la persona (CNDH, 1995);
9. todos los programas de tratamiento pueden ser verificados y supervisados por los familiares del adicto en la más completa transparencia;
10. el tratamiento de pacientes abusadores/adolescentes exige una terapia familiar simultánea, en especial de otros adolescentes;
11. el tratamiento residencial para adolescentes no siempre debe ser prolongado, y se ajustará, como en todos los casos, a su individualización y evaluación;
12. no todo tratamiento es un tratamiento integral;

13. se debe reconocer que todas las personas presentan apego a personas, situaciones o cosas; lo importante es que tal dependencia no sea restrictiva-destructiva;
14. debe abolirse siempre todo aquello que ponga en riesgo la vida de la persona o la de los demás;
15. la rehabilitación debe realizarse en un contexto de respeto y trato humano acorde a la normatividad (Modificación a la NOM-010 SSA2-93; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998).
16. la experiencia al efecto señala que el castigo no cura (Conadic/CIJ, 2005).

En consecuencia, las recomendaciones planteadas son:

1. realizar un programa de tratamiento integral de las adicciones, acorde con la historia natural del padecimiento, que incluya todas las modalidades terapéuticas disponibles en el país incluidas en la NOM;
2. integrar y disponer de un glosario lexicológico de términos de adicciones en el programa de tratamiento integral de las mismas;
3. revisar la NOM respecto a las diferencias de abordaje de los distintos procedimientos terapéuticos antiadictivos para su adecuada ubicación en el tratamiento integral de las adicciones; por ejemplo, explicitar la atención integral a todos los pacientes por igual;
4. incluir en las instituciones dedicadas a ello en el país la visión de salud pública de las adicciones en la visión clínica individual de tratamiento;
5. realizar un proyecto piloto de investigación sobre la articulación de servicios de tratamiento bajo los lineamientos que conforman la guía operativa de servicios de tratamiento a las adicciones, propuesta por la mesa de trabajo;
6. promover la evaluación cualitativa de organizaciones e instituciones dedicadas al manejo de las adicciones, acorde con las recomendaciones de la ONUUD;
7. incluir metodologías complementarias de estudio e investigación adecuadas a la complejidad del problema adictivo;
8. oficializar las propuestas emanadas de los grupos de trabajo a efecto de reforzar los documentos oficiales para las mejores prácticas institucionales: guía de presentación de instituciones, la guía operativa de servicios de tratamiento para las adicciones y el glosario lexicológico de adicciones para el profesional de la salud (Conadic/CIJ, 2005; U. S. Department of Health and Human Services, 1998). Si bien los organismos internacionales han puesto el acento en la conformación del tratamiento, en relación con las necesidades de los pacientes y la oferta de servicios disponibles, que en forma articulada deben funcionar para obtener una mayor eficacia, el centro de las investigaciones de los últimos decenios en el mundo, en materia de adicciones,

parece caracterizarse por su interés en conocer los resultados del tratamiento de las adicciones.

Así, los estudios se han dirigido a considerar cada vez más, y por distintas razones, el tipo de manejo y la eficacia de sus resultados, es decir, la evaluación global de los programas terapéuticos.

De modo que el asunto de *quién* mejora en tratamiento se trata, a la par de muchos otros problemas, con la evaluación del proceso, tipo de paciente y características, tipo de sustancia(s) consumida(s), abuso/adicción a psicotrópicos, retención o permanencia en el tratamiento y severidad del apego; salud física y mental y costos económicos para la sociedad, incluyendo delincuencia y problemas laborales (McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005).

No obstante la evidencia constante acerca de los estudios de evaluación de la terapéutica antiadictiva, que apoyó la eficacia del manejo *ad hoc,* alcanzar eficacia evaluativa sobre la terapéutica en este campo es un reto difícil (Díaz Barriga, Souza, Romero, Quijano y Guisa, 2005), debido a muchas circunstancias simultáneas, entre las que destacan aspectos éticos (AMP, 1998), problemas acerca de la asignación de tales manejos a los distintos tipos de pacientes (Souza, 2003f; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a), el azaroso ir y venir de éstos buscando solución a su problemática, las pocas y contrarias evidencias terapéuticas de estudios de fármacos *versus* placebo o distintos recursos terapéuticos, etc. (Souza, 2003f; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a).

De hecho, algunos expertos estiman que aún no se ha establecido cuál es el mejor tratamiento, si deben usarse fármacos a largo plazo, cómo lograr clasificar la severidad de la adicción y su correspondiente apego al tratamiento por lapsos prolongados, cómo proteger la salud física, mental y social de los pacientes y sus familiares, cómo reducir costos sociales, en los que se incluyen el desempleo y la delincuencia, y otros problemas comórbidos y consecuencias del trastorno (Gossop, Marsden, Stewart y Rolfe, 1999; Broome, Flynn y Simpson, McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005; McLellan, McKay, Forman, Cacciola y Kemp, 2005; SAMHSA, 2002).

Por ello se puede afirmar que la importancia de los resultados tras las intervenciones de tratamiento en este campo tienen un considerable impacto en la planeación futura de los servicios. Y, asimismo, se deben considerar los componentes del tratamiento en relación con los factores propios de los pacientes para determinar quién puede mejorar bajo qué tratamiento, de qué tipo debe ser éste y cuáles sus características.

En suma, y tomando en cuenta lo anterior, sólo se podría añadir un par de señalamientos a efecto de complementar los principios mínimos: una adecuada preparación del personal numéricamente suficiente que labore en los equipos de

tratamiento (Souza, 2000d) y el indispensable apego a los cánones éticos descritos en la bibliografía (AMP, 1998; Souza, 2003f), de acuerdo con los cuales se pueda realizar una práctica terapéutica efectiva, en el marco de una profesionalización (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000) que dé soporte y sea, a la vez, el contexto de una experiencia digna en beneficio de todos los participantes.

RESUMEN

Se describen la etiopatogenia de la patología adictiva y recomendaciones internacionales para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, en sus modalidades: profesional (estructurado) y no profesional (directo). Se asume la Ley General de Salud como referente normativo-operacional *sine qua non*. Se enuncian las características de la oferta de servicios basada en la aplicación de una evaluación integral y un plan personalizado de tratamiento —orientado a la abstinencia— contra los cuadros agudos, la dependencia y la comorbilidad.

Se plantean las características de la oferta comunitaria de servicios, resaltando la historia natural del trastorno, vía estrategias de sensibilización e información y de detección oportuna. Se plantea asimismo la necesidad de que los servicios desarrollen actividades de desintoxicación, farmacoterapia, psicoterapias y asesoramiento psicosocial, para reducir el número de casos y su morbimortalidad; de asegurar que los usuarios sean capaces de obtener mayores beneficios de orden físico y mental, de habilidades sociales, y tener mayor acceso a servicios y oportunidades que les permitan alcanzar una integración completa.

Se presentan datos sobre el impacto epidemiológico de las adicciones, se discuten los principios del tratamiento efectivo y las premisas ofrecidas al Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones. Por último, se comenta la dificultad de la evaluación de los programas, resultados e impacto en la planeación de los servicios. Se finaliza con el señalamiento de la importancia de la preparación del personal y su indispensable apego a los cánones éticos que respalden la profesionalización de una experiencia digna y benéfica para todos los participantes.

* Modificado de Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006.

XXV. INSTRUMENTOS CODIFICADOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ADICCIONES*

EL INFORME anual 2006 de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) señala: “El consumo de drogas y el incremento de su potencia siguen en aumento en todo el mundo” (ONUDD, 2006). Dicho documento advierte que, al igual que en todas las demás actividades de lucha contra el tráfico de drogas, es esencial la estrecha cooperación a nivel nacional e internacional. Por lo tanto, exhorta a que “se establezcan procedimientos normalizados para la realización de investigaciones de las incautaciones de sustancias fiscalizadas internacionalmente que son objeto de contrabando” (ONUDD, 2006). El informe destaca, a su vez, que el uso de estos medicamentos de prescripción está aumentando y “sucede entre grupos de todas edades, incluidos niños en edad escolar” (ONUDD, 2006).

En forma paralela, los estudios que utilizan marcadores biológicos —puestos en boga apenas hace unos años— (Musshoffa y Daldrup, 1998) refieren que para el diagnóstico adecuado de adicciones como el alcoholismo se requiere una combinación clínica que incluya entrevista médica, cuestionarios *ad hoc,* uso de marcadores biológicos y ciertas pruebas de laboratorio, sin las cuales no se tiene suficiente precisión clínico-diagnóstica para instrumentar la rehabilitación (Musshoffa y Daldrup, 1998).

Asimismo, otros estudios provenientes de distintos ámbitos de investigación se concentran en ciertos neurotransmisores (dopamina, norepinefrina y serotonina), y las principales sustancias adictivas de mayor impacto social (cocaína, heroína, alcohol, nicotina y anfetamina) en sus respectivas ubicaciones cerebrales (sistema límbico, núcleo accumbens y el área ventral del tegmento) como referentes esenciales para entender el fenómeno de la dependencia (O’Brien y Gardner, 2005). Los instrumentos codificados en general, descritos en la bibliografía desde finales del siglo pasado, dadas sus distintas características y estructura, se han usado en la clínica con diferentes propósitos (García Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006).

En México, sin embargo, no parecen haber tenido la buena recepción y utilidad referida en otros países. De hecho, en muchas de nuestras instituciones

se desconocen, o simplemente no se aplican, y el personal, al interrogársele acerca de su utilidad, no muestra interés en su uso o los ignora, independientemente de que no han recibido el entrenamiento necesario para algunos de tales instrumentos, en particular cuando son heteroaplicados (no autoaplicables) (García Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006).

A la luz del impacto psicosocial que han cobrado las adicciones en el mundo, y de las crecientes necesidades de ubicar adecuadamente y atender en su momento a las poblaciones que lo requieren, resulta de suma utilidad que se piense, por lo menos, en instrumentos codificados de discriminación de caso (tamizaje), que permitan una fácil y pronta identificación de la población a tratar (Souza, 2003c).

La utilidad de los instrumentos de evaluación para los trastornos derivados del consumo de sustancias psicotrópicas (trastornos por consumo de sustancias) es relevante hoy día no sólo por su trascendencia clínica, sino por la ventaja que proporcionan al procedimiento diagnóstico-terapéutico en su calidad de aproximaciones al estudio de este grave fenómeno. Cabe destacar, en particular, que en algunas organizaciones e instituciones de tratamiento antiadictivo prevalece una escasa o bien nula aplicación de instrumentos diagnósticos y, en su caso, continúa el llenado incompleto de las historias clínicas, debido a lo cual los diagnósticos, y el manejo, en consecuencia, resultan deficientes (Souza, 2005d). De cara al Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las Adicciones y a la implícita participación de todas las organizaciones e instituciones de tratamiento en el país, se precisa realizar una mejor práctica clínica, a todos los niveles de actuación, que constituya el instrumento de acción eficaz y más significativo del sistema (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2006b) a partir de las recomendaciones internacionales al efecto, que contemplan el impacto epidemiológico del fenómeno desde la perspectiva de los principios del tratamiento efectivo y las premisas ofrecidas a dicho sistema (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

Los efectos de tal actividad se verán favorecidos por la participación de todos aquellos procedimientos que abarquen, faciliten y simplifiquen la labor.

En ese sentido, los instrumentos clínicos codificados, ya sea para discriminar a los posibles portadores de patología adictiva o comórbida y, por lo tanto, para identificar un posible caso a tratar; para integrar apropiadamente el proceso diagnóstico, o bien para guiar la terapéutica, resultan de suma utilidad. Por ello diversos países en el orbe los utilizan con sus variadas finalidades.

La evaluación inicial en el plano institucional de actividad clínica la realizan los profesionales a partir de su capacitación (Klamen y Miller, 1997; Galanter, Keller, Dermatis y Biderman, 1998) propia para personas con distintos problemas en diferentes ámbitos, y cuyas necesidades, de simples a complejas, probablemente exijan intervenciones terapéuticas, unas más estructuradas e intensivas que otras, por lo que su referencia a otra unidad deviene asunto fundamental (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a).

Dicha evaluación, con miras a concertarse de manera integral, incluye ciertas medidas específicas del desempeño personal y social del usuario, esquematizado como sigue:

1. estado de salud;
2. situación laboral y apoyo institucional;
3. consumo de drogas y alcohol y problemas conexos a título de comorbilidad;
4. situación legal y actividades delictivas;
5. relaciones familiares y sociales;
6. estado mental.

En consecuencia, la información vertida se dirige a efectuar un análisis funcional rápido y sencillo que permita determinar el mejor tipo de respuesta terapéutica (Kokkevi, Hartgers *et al.,* 1994; Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996). Ello implica un detallado análisis de los antecedentes, contexto, perspectivas y consecuencias del abuso/adicción de psicotrópicos, previo a la aplicación de la historia clínica de la especialidad (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998).

Ésta se perfila como un sondeo más extenso y en profundidad, que lamentablemente una buena parte de los establecimientos de tratamiento contra las adicciones en México no suelen aplicar, lo cual conlleva múltiples y negativas consecuencias, amén del incumplimiento tácito de la normatividad (Souza, 2003f; Souza, 2001d). Y dado que muchos pacientes son consumidores de dosis altas y de varios psicotrópicos a la vez, incluso pueden, en el momento de la evaluación, confirmar que han desarrollado diversos problemas comórbidos de salud.

Por lo tanto, en dicha evaluación deberán considerarse las consecuencias de todas las sustancias involucradas —cada una por separado—, a efecto de garantizar el conocimiento del grado de afectación producido y, derivado de ello, determinar la vía de administración de la droga analizada en ese momento.

Dichas acciones se consideran de capital importancia clínica, toda vez que el consumo endovenoso, por ejemplo, amén del que ocurre en forma combinada, suele provocar problemas médicos específicos y severos como hepatitis viral, VIH, abscesos subcutáneos, endocarditis y septicemia (Horowitz, 1997; Azalos, McDuff y Weintraube, 1999), entre otros.

Por otra parte, además de evaluar las consecuencias del consumo de psicotrópicos, la amenaza que plantea la infección por VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual ha mostrado la importancia de conocer y describir ciertas prácticas sexuales que, en materia de consumo de drogas y su impacto sobre la salud mental y psicosocial de la población, constituyen comportamientos de alto riesgo para la salud, como compartir material de inyección entre adictos; mantener relaciones sexuales sin protección adecuada

(Souza, 2001c; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Souza, 2003h), tal como ocurre en la promiscuidad sexual de algunos grupos prostitucionales. Tales obstáculos, cuya diversidad conforma una amplia variedad, se aglutinan en:

1. problemática psicológica, como trastornos por ansiedad, estados anímicos alterados, comorbilidad psiquiátrica diversa, etcétera;
2. problemas sociales e interpersonales derivados de la convivencia con un sujeto abusador/adicto;
3. otras cuestiones de tipo ambiental, como el fácil acceso a las drogas en el mercado negro o incluso en el clínico, donde se obtienen recetas apócrifas o directamente el medicamento por vía ilegal (McLellan, Lewis y O'Brien, 2000). Para la detección de estos problemas existen varios instrumentos que facilitan la realización, comprensión y evaluación integral de los casos a discriminar. Uno de los más utilizados es el índice de severidad de la adicción, en su versión simplificada (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati y Argeriou, 1992). Otra tarea importante de la citada evaluación que debe enfatizarse es determinar los obstáculos que se oponen al cambio de conducta en el paciente, y mantenerlo una vez que se logra establecerlo.

Pero no remplaza desde luego, ni pretende suplir, el uso de otros instrumentos codificados, y menos aún de la historia clínica especializada (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati y Argeriou, 1992). Y cuando quien aplica la entrevista es un clínico con cierta experiencia, logra reunir una gran cantidad de información sobre las necesidades de cada paciente (Arvey, 2002; CSAT, 2005).

Complementan la evaluación inicial los requisitos de selección necesarios para la admisión a los programas terapéuticos, en particular cuando es profesional *(estructurado)* (ONUDD, 2003), suministrado acorde con la normatividad, lo que ocurre sólo en ciertas instituciones (Souza, 2001c; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999).

Dichos tratamientos se ofrecen bajo un plan de manejo escrito e individualizado (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA2-1994; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998), como proceso colaborativo e inclusivo de evaluación, realizado con el paciente, y no sólo acerca de él (ONUDD, 2003), en el que se consideran sus puntos de vista y motivaciones de consumo, así como sus apoyos y problemas personales y sociales (Souza, 2003c; Souza, 2003h).

El plan de tratamiento debe:

1. describir al paciente y su situación personal, socioeconómica y jurídica;
2. mostrar comprensión y tomar en cuenta los aspectos culturales, étnicos y religiosos, así como su sexo y el desarrollo de su papel sexual;

3. describir los problemas que presenta en el momento de iniciarse el manejo;
4. especificar si se está autorizado a revelar información sobre el paciente (qué información se pedirá o dará a otros organismos, instituciones o profesionales y bajo qué circunstancias);
5. describir las intervenciones específicas planeadas;
6. determinar las metas terapéuticas y los resultados positivos que impulsen su desarrollo;
7. describir de qué manera se revisará posteriormente el plan de manejo (ONUDD, 2003).

En la preparación de un plan individualizado de manejo cabe señalar una consideración respecto de las distintas etapas por las que atraviesa el abusador/adicto dentro de un mismo tratamiento, y entre diferentes modalidades terapéuticas (Souza, 2005d; Arvey, 2002; CSAT, 2005; McRae y Brady, 2001; Souza, 2000e).

En un mismo manejo debe incluirse, al menos:

1. reconocimiento inicial;
2. evaluación;
3. incorporación al tratamiento;
4. planificación del programa;
5. alta.

En consecuencia, las etapas entre tratamientos han de relacionarse con la posibilidad de compartir dos o más servicios en los términos señalados, toda vez que el concepto de plan de tratamiento contempla el hecho de que muchas personas seguirán necesitando atención aún después de terminado un proceso terapéutico formal (Souza, 2005d; CSAT, 2005; ONUDD, 2003), lo cual es prácticamente una regla, en especial cuando se trata de pacientes poliadictos y/o crónicos (Grant y Dawson, 1997; Weisneir, Mertens, Parthasarathy y Moore, 2001; Hopper y Shafi, 2002).

De modo complementario, se acepta como elemento capital del reconocimiento clínico la posibilidad de que los pacientes abusadores/adictos que ingresen al sistema en las distintas etapas de la historia natural de la patología adictiva, acorde con la condición clínica de cada momento, puedan pasar, según se requiera, de un servicio a otro (Hopper y Shafi, 2002; Ian, Putnam, Jia y Smith, 2003). Eso puede ocurrir tanto durante un mismo periodo de manejo como en los subsecuentes.

Como puede apreciarse, tal individualización del manejo propone un modo distinto del esquema tradicional, de una forma terapéutica para cualquier paciente sin importar las diferencias —siempre existentes— entre una y otra visión rehabilitatoria, lo que se contrapone en cierta forma a los conocimientos

de la medicina tradicional aplicada de modo genérico, así como de otras prácticas de intención curativa formuladas por la comunidad a distintos niveles (CSAT, 2005; ONUDD, 2003; Heinrich y Lynn, 2002).

Al efecto, considérese como ejemplo el paciente que termina un programa de desintoxicación en el hospital o clínica general, quien podría beneficiarse, tras la desintoxicación, de una estadía más o menos prolongada en un internamiento residencial o clínica especializada para mantener y consolidar los resultados inmediatos a largo plazo, como la abstinencia productiva y el ataque frontal a la comorbilidad.

Una vez externado, se puede realizar a continuación un seguimiento por conducto de un programa *ad hoc* en la comunidad. De hecho, se estima que una recaída es motivo suficiente para que el paciente recurra a los servicios de atención comunitaria de cualquier tipo. Por lo tanto, una vía interinstitucional determinada puede significar el desplazamiento del paciente por el sistema de tratamiento, indistintamente de que progrese o bien sufra recaídas (PNUFID, 2003).

Este asunto, visto desde la expectativa social que se tiene acerca de los profesionales y su desempeño institucional, derivada de la aplicabilidad de sus estudios, indica que, en su calidad de profesional de la salud, sus servicios deben promover bienestar social.

En el campo de las adicciones, por disposición de la normatividad vigente, los profesionales no especializados (médicos generales y familiares, departamentos de urgencias y servicios sociales, infantiles y familiares, incluidos los dentistas, los psicólogos y demás personal de salud) deben colaborar en la solución del problema con al menos la realización de un reconocimiento inicial básico, para determinar apropiadamente y en forma rápida los casos de abuso/adicción a psicotrópicos (Souza, 2001c; Arvey, 2002; Heinrich y Lynn, 2002; ASAM, 1997).

La selección de la forma de intervención respecto de los casos de trastornos por consumo de sustancias, en sus modalidades de abuso y adicción, suele realizarse en el nivel profesional por servicios especializados, a efecto de determinar lo antes posible —en el primer contacto con el servicio— el tipo de manejo más indicado para atender las necesidades y preferencias del paciente, así como el grado de urgencia que el caso representa, todo lo cual determina la respuesta requerida en términos del enlace de las siguientes tres condiciones:

1. diagnóstico situacional del caso;
2. condiciones clínicas más relevantes en el momento de hacer la referencia;
3. tipo de institución y características de que dispone la misma, para su mejor manejo.

Este proceso entraña indefectiblemente el diagnóstico de la índole y la gravedad del problema a vencer (Souza, 2006b; Souza, Díaz Barriga y Guisa,

2006a). Véase cómo la parte más importante de las actividades clínicas de este nivel es la relativa a la valoración de los casos, también llamada primera fase o de evaluación integral (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a; Souza, 2001c; Souza, 2003h).

En muchos países se dispone cotidianamente de distintos instrumentos de diagnóstico, y en ocasiones de algunos para el tratamiento, los cuales se centran en las necesidades del paciente justo al inicio de su manejo (Souza, 2003c; Souza, 2005d). Pero este manejo, cualquiera que sea el que deba recibir el abusador/adicto en cuestión, nunca debe iniciarse sin contar con una impresión diagnóstica (Souza, 2005d; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006a; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Souza, 2000e; APA, 1997).

Es aquí donde los instrumentos codificados pueden resultar de utilidad al ser utilizados por los organismos que ofrecen programas estructurados.

La finalidad (Puchol, 2005) es que cualquier proceso de intervención tome en cuenta y actúe —de forma planificada y sistemática— sobre cada una de las variables y dimensiones críticas implicadas en el problema (CIJ, 2005; Project Match Research Group, 1997; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004; Addiction Research Foundation,1997; Kaplan, Sadock y Grebb, 1999).

Los instrumentos de evaluación para los trastornos ocasionados por trastornos por consumo de sustancias, como el alcohol y otras drogas susceptibles de abusarse solas o en combinación, son múltiples (García Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006). En la actualidad se dispone de varios enfoques, que a menudo devienen complementarios. Se describe brevemente a continuación una lista sintética de las características principales de los instrumentos diagnóstico-terapéuticos más usados en el campo profesional de la terapéutica antiadictiva.

1. *Índice europeo de gravedad de la adicción*. (EuropASI) (Hasin, Samet, Meydan, Trautman, Smith, Miele, Endicott y Prism, 2003; Hasin, Trautman y Endicott, 1998; Torrens, Serrano, Astals, Pérez Domínguez y Martín Santos, 2004). Es una adaptación multidimensional de un instrumento para la evaluación de la gravedad de la adicción de drogas y alcohol a través de una entrevista semiestructurada y estandarizada, que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su trastorno por consumo de sustancias. Su tiempo de aplicación es relativamente breve (45-60 minutos), pero éste depende tanto del paciente como de la experiencia del investigador. Para su correcta administración se recomienda un curso de entrenamiento.

   Desde el punto de vista clínico, proporciona información útil para describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignarlos a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones. Dispone de seis áreas independientes entre sí: situación

médica (16 ítems); situación laboral/soporte social (26 ítems); consumo de alcohol/otras drogas (28 ítems); problemas legales (23 ítems); relaciones familiares/sociales (26 ítems); estado psiquiátrico (22 ítems).

2. *Índice de gravedad de la adicción* (Kokkevi, Hartgers *et al.,* 1994; McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati y Argeriou, 1992). Evalúa la gravedad de la adicción, entendida ésta como necesidad de recibir tratamiento, a través de 257 ítems heteroaplicables agrupados en ocho secciones, y cuenta con una valoración del entrevistador acerca de la veracidad de la información referida por el paciente, que proporciona información sobre la calidad de la entrevista y, más concretamente, sobre posibles dificultades de comprensión del paciente o el deseo de éste de distorsionar la entrevista. El instrumento requiere entrenamiento previo para su administración.

3. *Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias* (Torrens, Serrano, Astals, Pérez Domínguez y Martín-Santos, 2004). Evalúa la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con consumo elevado de alcohol u otros psicotrópicos a través de una entrevista clínica semiestructurada diseñada para realizar diagnósticos de trastornos psiquiátricos de los ejes I y II (trastornos de personalidad antisocial y limítrofe) según criterios del DSM-IV. Permite diferenciar los trastornos mentales primarios de los trastornos por consumo de sustancias y de los efectos esperados de intoxicación y abstinencia.

La entrevista dirige a los entrevistadores hacia los ítems pertinentes en función de las respuestas que proporcionan los sujetos; por lo tanto, aunque el instrumento permite investigar muchas variables, a cada individuo sólo se le administra un subgrupo de preguntas. Se requiere un entrenamiento adecuado en el manejo de la entrevista heteroaplicada, previo a su utilización, de alrededor de dos horas, según sean la complejidad del consumo de sustancias y la historia psiquiátrica del examinado.

4. *Perfil de adicción Maudsley* (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehman, Edwards y Strang, 1998; Fernández Gómez y Torres Hernández, 2002; Marsden, Nizzoli, Corbelli, Margaron, Torres, Pedrada, Castro, Stewart y Gossop, 2000). Evalúa la monitorización y el seguimiento de los resultados de los tratamientos en adicciones. Dispone de 66 ítems heteroaplicables; es una entrevista clínica semiestructurada que recoge información estandarizada acerca de los problemas que experimentan los usuarios de alcohol o drogas en cuanto a su uso, riesgo para la salud, problemas de salud, contexto vital y funcionamiento social.

Su objetivo es recoger información de los pacientes que inician un tratamiento por trastornos por consumo de sustancias, en el momento inicial y

en uno o más puntos durante o después del tratamiento (cada ítem está diseñado para ser repetido a lo largo de un tiempo programado, a fin de evaluar el cambio). El instrumento ha sido diseñado explícitamente para la monitorización de resultados. En su versión actual, el periodo que hay que recordar son los últimos 30 días. No obstante, en la práctica pueden emplearse otros periodos alternativos, como los últimos 60, 90 y 180 días. No se recomienda recordar periodos de más de seis meses.

5. *Cuestionario CAGE* (Swing, 1984). Evalúa el diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol (puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado en su uso). Dispone de cuatro ítems heteroaplicables. Tres de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. Los cuatro ítems son de respuesta dicotómica (sí/no).

6. *Münchner Alkoholismus Test* (Feurlin, Ringer y Küfner, 1977; Rodríguez Martos y Suárez, 1984). El MALT evalúa el diagnóstico de la dependencia alcohólica y está formado por dos partes: *a)* MALT-O (objetivo), constituido por siete ítems indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica; *b)* MALT-S (subjetivo); integrado por 27 ítems sobre la percepción subjetiva del paciente acerca de sus problemas con el alcohol (dependencia psicológica). Todos los ítems tienen una respuesta dicotómica (sí/no).

La parte objetiva ha de ser administrada por el clínico, mientras que la parte subjetiva es llevada a cabo por el paciente. Aunque se diferencie en dos partes, el MALT debe ser contemplado e interpretado en su conjunto. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 34 ítems. En el MALT-O la respuesta afirmativa vale cuatro puntos y la negativa cero. En el MALT-S la respuesta afirmativa vale un punto y la negativa cero. Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte: 0-5: sin problemas relacionados con el alcohol; 6-10: sospecha de alcoholismo; ≥ 11: alcoholismo.

7. *Test AUDIT* (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993). Evalúa la detección de bebedores de riesgo así como los problemas derivados de éste en 10 ítems autoaplicables. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. Es un instrumento sencillo y de alta utilidad, recomendado por la OMS.

8. *Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos* (ISCA) (Gual, Contel, Segura, Ribas y Colom, 2001). Evalúa la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en tres ítems heteroaplicables. Es un cuestionario diseñado para detectar precozmente a bebedores de riesgo en el ámbito de atención primaria.

Evalúa el consumo alcohólico teniendo en cuenta los patrones tanto regulares como irregulares de consumo semanal de la población general. Consta de tres ítems de tipo cantidad-frecuencia (el primero explora el consumo de alcohol, el segundo, la frecuencia de consumos, y el tercero, la variación de consumo entre días laborales y festivos).

9. *Escala para la evaluación de la abstinencia alcohólica* (procede de la Addiction Research Foundation; Clinical Institute Revised Clinical Withdrawal Assessmente for Alcohol Scale, CIWA-AR) (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo y Sellers, 1989). Evalúa la gravedad del síndrome de abstinencia de alcohol en 10 ítems heteroaplicados. Es una entrevista semiestructurada que evalúa diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia alcohólica. En los ítems 1-9 se emplea una escala de intensidad de ocho puntos (ausencia del signo/síntoma, cero; intensidad máxima siete). En el último ítem se utiliza una escala de intensidad de cinco puntos (orientado y con capacidad de respuesta serial, cero; desorientación temporoespacial, cuatro).

10. *Cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol* (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, SADQ) (Stockell, Hodgson, Edwards, Taylor y Rankin, 1979). Evalúa en forma autoaplicada la gravedad de la dependencia del alcohol en el marco de referencia temporal de los últimos seis meses, a través de 33 ítems agrupados en cinco subescalas: síntomas físicos de abstinencia (ítems 1-7); síntomas afectivos de abstinencia (ítems 8-14); conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 15-21); consumo habitual de alcohol (ítems 22-27); reinstauración de los síntomas de abstinencia tras un periodo de recaída (ítems 28-33). En los ítems 1-27 se emplea una escala de frecuencia de 4 puntos (nunca o casi nunca, 0; a veces, 1; a menudo, 2; casi siempre, 3). En los ítems 28-33 se utiliza una escala de intensidad (nada, 0; un poco, 1; moderadamente, 2; bastante, 3).

11. *Escala de intensidad de la dependencia del alcohol* (EIDA) (Rubio, Urosa y Santo Domingo, 1998). Evalúa la intensidad de la dependencia del alcohol en el marco de referencia temporal de los últimos seis meses; consta de 30 ítems que se agrupan en seis subescalas (cada sección consta de cinco ítems): síntomas físicos de abstinencia (ítems 1-5); síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6-10); conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 11-15); consumo habitual de alcohol (ítems 16-20); dificultad para controlar la ingestión (ítems 21-25); reinstauración de la sintomatología tras la recaída (ítems 26-30). En los ítems 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca, 0; a veces, 1; a menudo, 2; casi siempre, 3). Los ítems 23-25 reciben puntuación en sentido inverso. En los ítems 26-30 se

utiliza una escala de intensidad (nada, 0; un poco, 1; moderadamente, 2; bastante, 3).

12. *Cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivos de la bebida* (Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS) (Anton, Moak y Lathman, 1995). Es un cuestionario diseñado para valorar la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y el consumo (componente compulsivo). Sus ítems se agrupan en dos subescalas: componente obsesivo (ítems 1-6); componente compulsivo (ítems 7-14), y cada ítem tiene cinco posibles respuestas en una escala tipo Likert, y se califican de 0 a 4.).

13. *Escala multidimensional de craving de alcohol* (EMCA) (Guardia, Serecigni, Segura García, Gonzalvo Cirac, Trujols Albet, Tejero Ponciello, Suárez González y Martí Gil, 2004). Está diseñada para evaluar el craving (deseo-necesidad imperiosa de consumo de alcohol y su conducta de búsqueda) a través de 12 ítems autoaplicables, con criterio temporal de la última semana. Mide dos factores del craving (deseo y desinhibición conductual, falta de resistencia). La puntuación se realiza mediante una escala tipo Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), excepto los ítems 4 y 12, en los que se invierten las puntuaciones (1, muy de acuerdo; 5, muy en desacuerdo).

14. *Cuestionario sobre el deseo de beber* (CDB) (Jiménez Giménez, 2005). Evalúa el deseo de consumo de alcohol a través de 33 ítems autoaplicables en el último periodo de consumo intenso de la sustancia. El cuestionario tiene ítems con respuestas tipo Likert de cuatro alternativas (0, nunca; 1, poco frecuente; 2, muy frecuente; 3, siempre), y está compuesto por tres factores:

a) deseo por dificultad de control: incluye 12 ítems relacionados con la percepción que el individuo tiene de su propia incapacidad para evitar la conducta de consumo o para detenerla una vez iniciada, así como con el propósito de no hacerlo, y con el hecho de conocer las consecuencias negativas de éste;
b) el deseo de refuerzo positivo: incluye 12 ítems que representan la valoración positiva que hace el sujeto de las consecuencias que obtiene del consumo, incluido el uso instrumental que hace del alcohol para conseguir esos estados;
c) el deseo de refuerzo negativo: incluye nueve ítems que reflejan la interpretación de alivio mediante el consumo de alcohol de diferentes situaciones negativas para la persona. Están relacionadas con efectos negativos, ansiedad o diversos problemas.

15. *Test de Fagerström de dependencia de nicotina* (Fagerström, 1978). Evalúa la dependencia de la nicotina a través de ocho ítems autoaplicables en su versión original y seis en la versión revisada (Heatherthon, Kozlowski y Frecker, 1991). Las puntuaciones de las tres primeras oscilan de 0 a 2, y las de las cinco restantes de 0 a 1; por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 11 puntos. En la versión modificada de seis ítems, en dos de ellos las puntuaciones oscilan de 0 a 3, y en los cuatro restantes de 0 a 1; por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 10 puntos.

16. *Escala de abstinencia de opiáceos*(Opiate Withdrawal Scale, OWS) (Bradley, Gossop, Phillips y Legarda, 1987). Evalúa la gravedad del síndrome de abstinencia opiácea a través de 22 ítems heteroaplicables que exploran diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia opiácea. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de cuatro puntos (ausente, 0; leve, 1; moderado, 2; grave, 3).

17. *Escala breve de abstinencia de opiáceos* (Short Opiate Withdrawal Scale, SOWS) (Gossop, 1990). Evalúa la gravedad del síndrome de abstinencia de opiáceos a través de 10 ítems heteroaplicables. Es una escala derivada de la OWS que elimina los ítems redundantes y difíciles de entender, así como aquellos que presentan una baja correlación con la puntuación total de la escala. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de cuatro puntos (ausente, 0; leve, 1; moderado 2; grave, 3).

18. *Escala de valoración de la gravedad selectiva para cocaína* (Cocaine Selective Severity Assessment, CSSA) (Kampman, Volpicelli, McGinnis, Alterman, Weinrieb, D'Angelo *et al.*, 1998). Evalúa la sintomatología inicial de la abstinencia de cocaína a través de 18 ítems heteroaplicables, en los que se exploran los signos y los síntomas asociados con más frecuencia a este síndrome. Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad/frecuencia de ocho puntos (ausente, 0; máxima intensidad/frecuencia, 7).

19. *Cuestionario de craving de cocaína* (Cocaine Craving Questionnaire, CCQ) (Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield, 1993). Evalúa el craving de cocaína en un momento temporal concreto (CCQ-NOW) o durante los últimos siete días (CCQ-General) a través de 45 ítems autoaplicables, y permite la evaluación del craving de cocaína desde un punto de vista multimodal (deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora en la abstinencia o disforia y pérdida de control sobre el consumo) y temporal (momento presente y/o últimos siete días). Cada ítem se evalúa mediante una

escala Likert de siete puntos, en función del grado de acuerdo o desacuerdo con las frases presentadas. El instrumento dispone de 25 ítems directos y 20 inversos.

20. *Wender-Utah rating scale* (WURS) (Ward, Wender y Reimherr). Evalúa los antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia, a través de 61 ítems autoaplicables. Sus ítems cubren tres áreas de la infancia del individuo: 42 ítems describen el comportamiento típico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad durante la infancia: manifestaciones de distractibilidad, hiperactividad e impulsividad. De estos ítems, 25 son los que mejor discriminan entre haber tenido o no un trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia, y son los que constituyen la escala propiamente dicha (aparecen sombreados en la escala). Siete ítems recogen información sobre problemas médicos en la infancia. Los 12 restantes se refieren a problemas escolares y académicos. El paciente ha de contestar a cada uno de los ítems utilizando una escala tipo Likert de cinco grados, que oscila entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho). Existe una versión abreviada de 21 ítems (Retz-Junginger y cols., 2002) (Retz-Junginger, Retz, Blocard, Weijers, Trott, Wender y Rossler, 2002).

21. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones,* HCPCA (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998), diseñada a partir del conocimiento de necesidades reales de atención en México, y cuyo apego a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 valida los criterios para el manejo de los casos. Aporta un contenido útil al personal médico especializado y general tanto de hospitales y clínicas de como salas de urgencias de instituciones públicas y privadas del sector.

Este instrumento, estructurado en forma de cuestionario, para ser resuelto de manera heteroaplicable con base en una codificación, mantiene una secuencia numérica especial de orden sistemático de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complejo y de lo sano a lo patológico, para integrar la información básica, necesaria y suficiente de las áreas que explora.

Los 329 ítems que lo conforman, en su mayoría de opción múltiple, están ordenados secuencialmente por capítulos que contienen ítems que combinan la opción múltiple y la especificación, para dar cabida a la descripción y, en su caso, a la interpretación de la información obtenida. De los 19 capítulos que la contienen, los primeros 15 se consideran de exploración y están divididos en secciones para identificar situaciones concretas y específicas tanto para cada área como para cada situación.

Dichos capítulos contemplan los aspectos más relevantes de cada área. Los siguientes cuatro capítulos son de integración y conclusión para auxiliar al clínico a identificar acciones concretas a seguir, una vez que se han detectado

datos sobre la presencia de conductas adictivas, el uso de sustancias, sus antecedentes, las consecuencias, y las alteraciones físicas y mentales producidas.

Dada la secuencia del registro, pese a que está basado en el modelo médico tradicional, requiere ser aplicado por personal capacitado *ex profeso* en vista del objetivo clínico que se pretende obtener con sus resultados.

La HCPCA es un instrumento codificado que resume la condición biopsicosocial humana y guía el llenado sin omisiones y con escasa redacción. Su espíritu académico la hace educativa para el paciente y el explorador; facilita la secuencia exploratoria; conduce a conclusiones diagnósticas; tiene alto valor semiológico, propedéutico y nosológico. Requiere dos horas en promedio para su aplicación.

Como es una entrevista programada y semiestructurada, permite, si se desea, realizar la comparación bioestadística de la clínica adictiva. Por otro lado, elimina cambios, errores y omisiones entre un explorador y otro, y permite desarrollar una tendencia a la uniformidad exploratoria. Facilita la conceptuación diagnóstica y pronóstica, y toma en consideración la comorbilidad adictiva y psiquiátrica; por ello posibilita cierta clase de investigación clínica y epidemiológica. Además optimiza los recursos humanos y materiales existentes y favorece la actuación profesional (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998). Dado que distintos intereses profesionales en el espectro de las actividades de la psiquiatría de las adicciones en los últimos decenios han dirigido su preocupación a entender y clarificar la relación entre el abuso/dependencia de psicotrópicos y otras sustancias, la comorbilidad adictiva y psiquiátrica, la violencia sexual y otras psicopatologías, como los trastornos del dormir, de la función alimentaria, afectiva, ansiosa, de la sexualidad, etc., se hace necesario contar con instrumentos codificados destinados a la labor asistencial de la clínica de estos problemas, lo mismo que con otros dirigidos al reforzamiento metodológico y la actualización de la docencia en la materia.

Hoy la literatura científica documenta un respaldo favorable al diagnóstico y, en su caso, a la terapéutica con tales instrumentos, debido a que resulta en un menor número de fallas y omisiones que, por ejemplo, con el uso de la historia clínica tradicional, tanto en el tratamiento de problemas de salud general como en los relativos a la patología mental.

Los instrumentos codificados en el campo clínico psiquiátrico han mostrado una alta eficacia diagnóstica y una mejoría de los estándares programáticos de costo-beneficio en las instituciones de salud. Sus más patentes ejemplos se reflejan en las escalas de Zung, Beck o Hamilton para la depresión o la ansiedad; o en el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) utilizado por la OMS, entre muchos otros.

Así, el uso clínico de tales instrumentos, de acuerdo con su diseño y finalidad, representa un grupo de procedimientos de utilidad institucional que vigorizan la

diagnosis, la función nosoterapéutica y la rehabilitación, en pro de un abordaje integral de las adicciones, destinado esencialmente al logro de la reinserción social de los pacientes abusadores/adictos a largo plazo y al fomento de su crecimiento individual, familiar y social.

La optimización de los recursos clínicos para enfrentar con éxito las adicciones debe considerarse una meta esencial de la praxis clínica moderna de la especialidad, en particular en aquellos países que cuentan con recursos limitados para enfrentar los gigantescos retos terapéuticos actuales, en los que a menudo se observan diversos factores simultáneos de complicación, que actúan más allá del campo de la medicina y sus ciencias afines, magnificando sus efectos y limitando su acción.

En pro del desarrollo de una auténtica *psiquiatría de las adicciones* de cara al sistema nacional aludido, se precisa la génesis de un modelo de atención integral, cuyos lineamientos estructurales y operacionales incluyan la actuación ética profesional de la más alta calidad, así como la evaluación de los resultados de la labor curativa y su apropiada y constante documentación.

RESUMEN

En el contexto nacional actual las adicciones representan un problema de salud pública cuya dimensión e impacto requieren, entre otras muchas acciones, la optimización de los recursos clínicos y la apropiada modificación de la enseñanza al efecto. El profesional de la salud se beneficia al utilizar aquellos instrumentos que faciliten la praxis clínica, en especial cuando los mismos han documentado el desarrollo profesional en favor de la mejoría diagnóstico-terapéutica de abusadores/adictos y su rehabilitación a largo plazo.

En el marco de la realización de las recomendaciones internacionales que consideran los principios del tratamiento efectivo en adicciones, como premisas ofrecidas al sistema nacional de tratamiento integral de las adicciones en México, se enfatiza el uso de estas herramientas, que aportan un enriquecimiento a la labor institucional diaria, en la que la evaluación inicial debe asignarse a toda la población usuaria por trastornos por consumo de sustancias.

Se describen brevemente los principales instrumentos de evaluación destacados de la bibliografía para esta patología y su comorbilidad, y se ofrece una semblanza sucinta de la historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA, como referente de evaluación psiquiátrica formal de esta problemática.

Se concluye con el reconocimiento de los instrumentos codificados y su favorable aportación a la objetivación de los problemas psiquiátricos y de la optimización de los recursos clínicos, para enfrentar con éxito el logro de la

reinserción social a largo plazo de los pacientes y el fomento de su crecimiento individual, familiar y social.

* Modificado de Souza, 2006b.

XXVI. TOXICOLOGÍA Y MANEJO DE LOS SÍNDROMES DE INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA DE PSICOTRÓPICOS*

LA PATOLOGÍA adictiva proviene de la relación del individuo y una(s) sustancia(s) (Betz, Mihalic, Pinto y Raffa, 2000; Blum, Braverman y Holder, 2000) y, para algunos, también de circunstancias específicas (juego) (Skutske, Eisen, True, Lyons, Goldberg y Tsuang, 2000; Potenza, 2001; Feigelman, Wallish y Lesieur, 1998), a las que pretende asignarse igual etiología. Sin embargo, la *adicción* (etílica, opiácea, etc.) y la *compulsión* al juego, aunque "parecidas", son trastornos distintos (OMS, 1993; APA, 2000; Shaffer, Laplante, Labrie, Kidman, Donato y Stanton, 2004; Adinoff, 2004). Los procesos neurofisiológicos en respuesta a los efectos de los psicotrópicos producen el comportamiento alterado que define la adicción (Kendler, Jacobson, Prescott, Neale, 2003; Hyman, Fenton, 2003). La investigación neurobiológica sugiere la participación de condiciones genético-ambientales para conceptualizar un posible "modelo" adictivo (Betz, Mihalic, Pinto y Raffa, 2000; Blum, Braverman y Holder, 2000; Souza, 2003a).

Aunque ciertos síndromes psiquiátricos se entienden como "familias de trastornos relacionados", distinguibles por la combinación de factores genéticos/no genéticos de susceptibilidad (Kendler, Jacobson, Prescott, Neale, 2003; Hyman, Fenton, 2003; Shaffer y Korn, 2002), no se dispone aún de la comprensión unitaria de un modelo explicativo para esta multivariada expresión patógena (Souza, 2003a). Además, la complejidad genética y el estado temprano de la neurología y neuropatología de los trastornos mentales —si bien continúan en aumento— no ofrecen una comprensión cabal de la base molecular de aquéllos, y la evidencia de los antecedentes neurobiológicos y psicosociales para explicar un modelo adictivo, aunque es amplia (Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson y Prescott, 2003; Merikangas, Stolar y Stevens, 1998; Bierut, Dinwiddie y Begleiter, 2002; Wechsler, Davenport, Dowdall, Grossman y Zanakos, 1997), tampoco conforma por sí misma un concepto unitario, amén de que muchos aspectos del fenómeno permanecen ignotos (Robinson y Berridge, 1993; Kalivas y Volkow, 2005).

De ahí que la adicción a psicotrópicos se describa como una patología primaria del comportamiento (Goldstein y Volkow, 2002), en la que el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su consecuente conducta de búsqueda de droga, D-NIC, son el motor predominante (Cardinal, Parkinson, Hall y Everitt, 2002; Morris y Dolan, 2001; Zahm, 2000). Ciertas adaptaciones celulares (del cíngulo anterior y de las proyecciones glutamatérgicas órbito-frontales del núcleo accumbens) (Winder, Egli, Schramm y Matthews, 2002; Bush, Vogt, Holmes, Dale, Greve, Jenike y Rosen, 2002; Jentsch y Taylor, 1999; Thomas, Beurrier, Bonci y Malenka, 2001; Robinson y Berridge, 2003; O'Brien, 2001; Mogenson, Brudzynski, Wu, Yang y Yim, 1993), derivadas del consumo de drogas sobre el "circuito de la recompensa", son responsables del mecanismo adictivo, y disminuyen, a la vez, el valor de las recompensas naturales y el control cognoscitivo sobre ellas (pérdida de la opción) (Blum, Braverman y Holder, 2000; Shaffer, Laplante, Labrie, Kidman, Donato y Stanton, 2004). Tal desregulación glutamatérgica eleva la impulsividad en respuesta a los estímulos provenientes o asociados del consumo (Robinson y Berridge, 1993; Goldstein y Volkow, 2002; Sánchez Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás y Morales, 2001).

La terapéutica antiadictiva contra el abuso/dependencia (Souza, 2005d; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d) reclama la participación de distintos recursos, dado que ningún tratamiento es efectivo por sí mismo (Souza, 2000e; Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a) y siguen produciéndose nuevas drogas (ENA, 2003). La ostensible variación encontrada en los programas antiadictivos aplicados en México constata abordajes, contenidos y efectividad distintos (Miller, 1993).

El uso de una nosología a partir de las características sociodemográficas, psicopatología, tipología, patrón de consumo y severidad sindromática, es un esquema profesional que lamentablemente no siempre es asumido por quienes brindan tratamiento, subestimando la circunstancialidad de los casos que favorece su correcta ubicación terapéutica (momento de la historia natural del trastorno), diagnóstico situacional del caso (emergencia o situación de caso controlado) y tipo de institución y características destinadas a su mejor manejo (Souza, 2005d; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d).

Y he ahí que el manejo de tales condiciones es a menudo incompleto, pues más de la mitad de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias no recibe ninguna clase de atención (Ratey, 1991). Considérese que 80% del abuso de psicofármacos como benzodiacepinas, BDZ, ocurre en el esquema de multiabuso, cuya alta frecuencia adictiva suele combinarse con opiáceos y/o alcohol (Gold, Miller, Stennie y Populla-Vardi, 1995; Miller, 1993). La gravedad epidemiológica de los trastornos por consumo de sustancias afecta 20-50% de los pacientes hospitalizados, 15-30% de los atendidos en primer nivel y 50% de quienes sufren trastornos psiquiátricos (Sanguinetti y Samuel, 1998; Judd y Goodwin, 1990) (gráficas XXVI.1 y XXVI.2). Y en las salas de urgencia, que

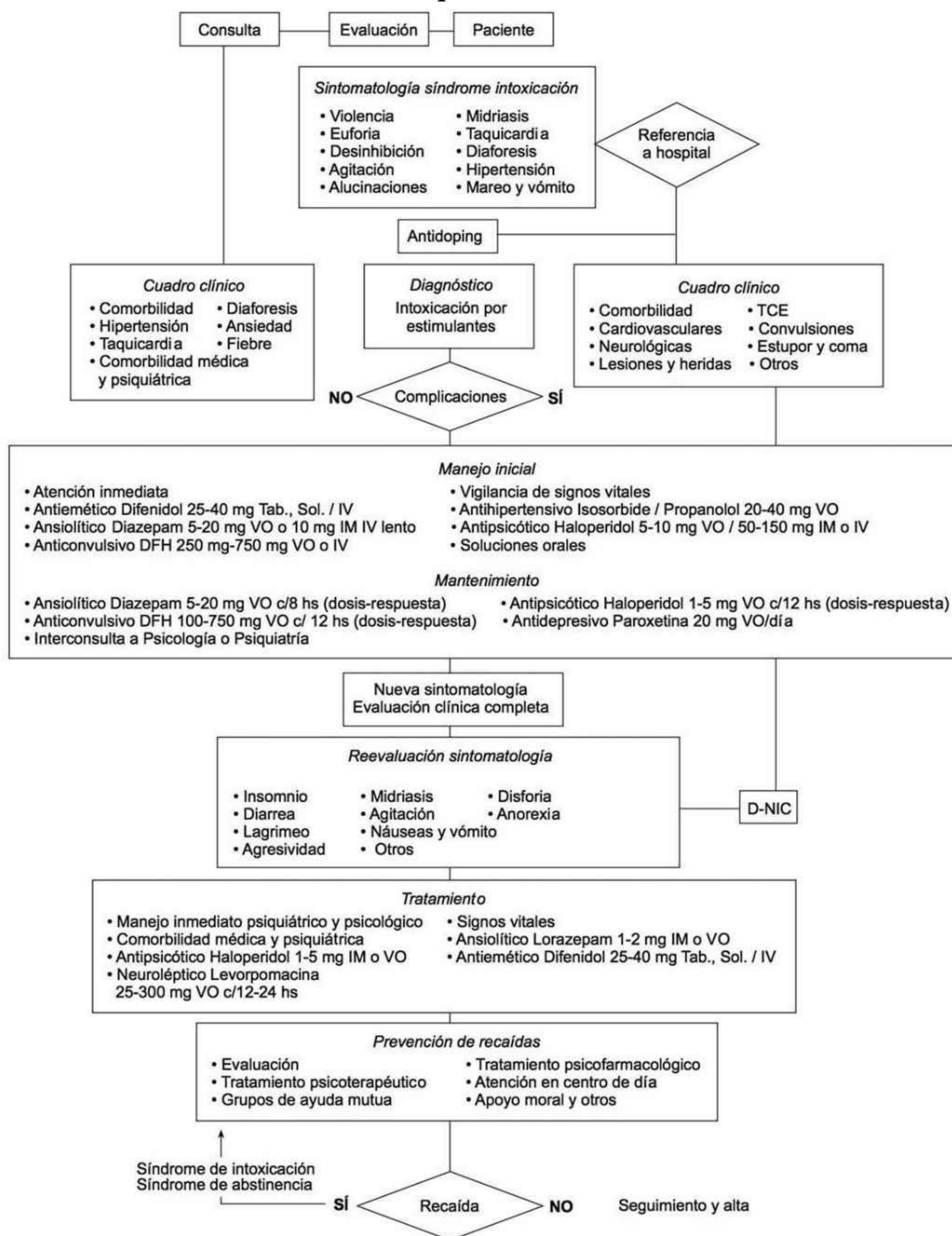
regularmente atienden, entre otros, los síndromes de intoxicación o abstinencia por psicotrópicos, SIAP, rara vez se toman historias clínicas completas, por lo que, resuelto el cuadro agudo, no se atienden el diagnóstico, la comorbilidad ni las necesidades de manejo farmacológico a largo plazo (Roache y Meisch, 1995; Longo, 1998; Souza, 2004a; Souza, Martínez y Mercado, 1999). Pese al gran volumen de casos que ello representa, la mayoría de los abusadores/adictos permanecen sin diagnosticar (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Miller, Ninonuevo, Klamen, Hoffman y Smith, 1997; Heinrich y Lynn, 2002), al margen de que los pacientes que no han tenido tratamiento, que padecen dolor crónico o trastornos ansioso/depresivos, entre otros, se encuentran en alto riesgo de contraer trastornos adictivos comórbidos (Judd y Goodwin, 1990; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002; Linares, Palau, Albiach y Santos, 2002).

Por ello nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de que el profesional de la salud interrogue adecuadamente sobre el consumo de drogas (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Heinrich y Lynn, 2002), uso ilícito (drogas y fármacos de prescripción), e integre la información a los expedientes, con la historia clínica y exámenes correspondientes (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Souza, 2005g; Souza, 2005).

En adición, el manejo agudo en internación circunstancial (Souza, 2003f) para los SIAP no siempre se brinda con base en las necesidades individuales de cada abusador/adicto y su indicación médica, sino que su administración es mediatizada y en no pocas ocasiones trastocada por distintas adversidades institucionales o personales de todo tipo, desde lo administrativo hasta lo contratransferencial (Souza 2004a; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, 2000d).

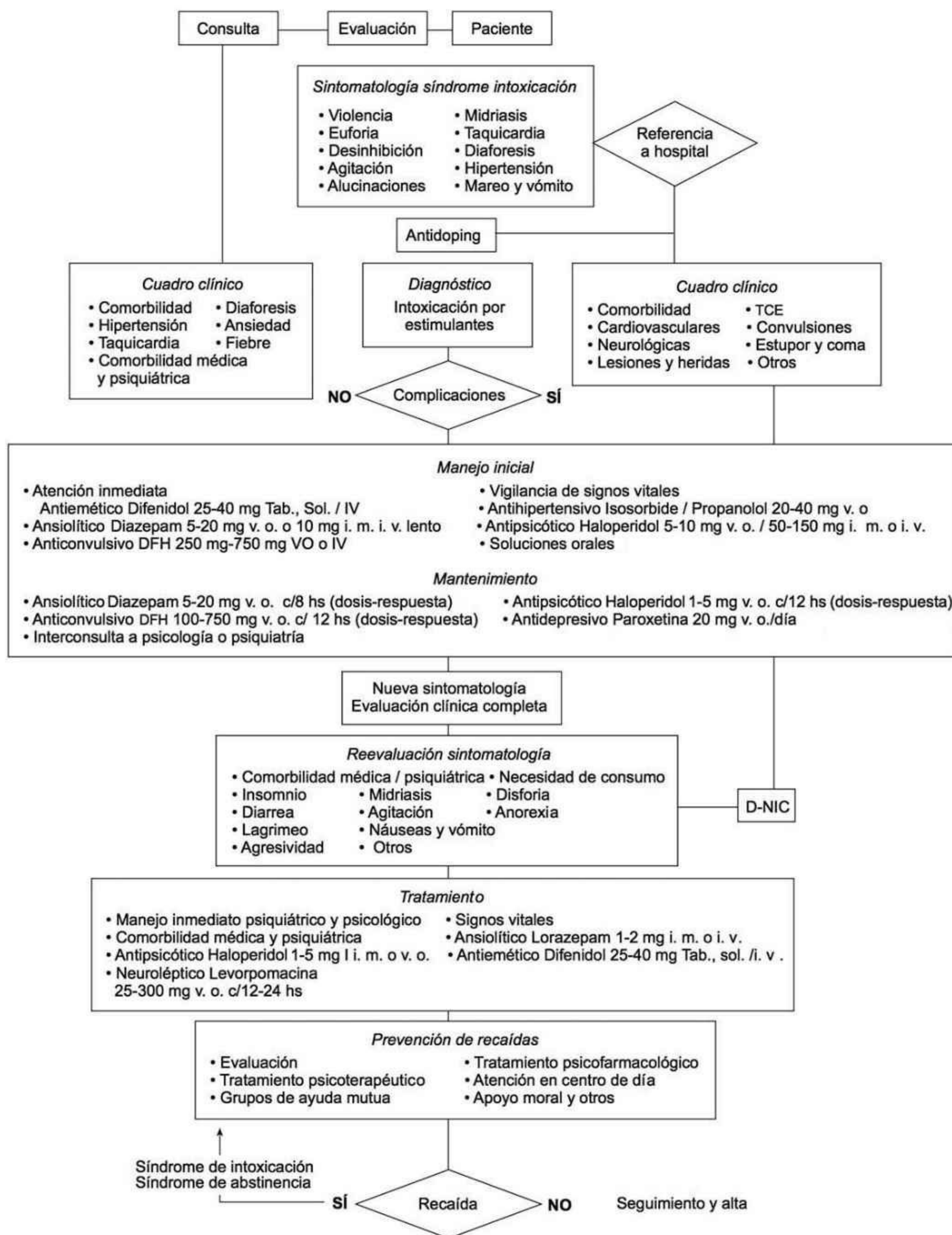
Pero aun cuando se pretendiera asignar manejo correcto a tales síndromes, la preparación de los equipos terapéuticos, en el mejor de los casos (en clínicas y hospitales), es en general deficiente en materia de adicciones, en alto contraste con los demás manejos críticos (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b; Souza, 2001d). Ello se constata con tan sólo verificar el escaso número de expedientes incompletos que tienen estos pacientes y el manejo sintomático que reciben, al que casi nunca se adicionan las recomendaciones pertinentes para completar un manejo especializado que atienda a largo plazo la dependencia y su comorbilidad (Miller, 1993; Sanguinetti y Samuel, 1998; Judd y Goodwin, 1990; Souza, 2005g; Souza, 2005f).

GRÁFICA XXVI.1. *Síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Depresores*



FUENTE: Modificado de Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2007.

GRÁFICA XXVI.2. *Síndromes de intoxicación y abstinencia. Estimulantes*



FUENTE: Modificado de Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2007.

El éxito terapéutico de cualquiera de las formas de trastorno relacionadas con el consumo de sustancias depende de las maniobras de la fase de postratamiento (Merikangas, Stolar y Stevens, 1998; Miller, Ninonuevo, Klamen, Hoffman y Smith, 1997; Heinrich y Lynn, 2002; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000), y éste se supedita a los factores promotores de adhesión (motivación, grado de involucración en el manejo y desempeño en la dinámica entre la institución, tipo de manejo, el paciente y la familia) (Bierut, Dinwiddie y Begleiter, 2002; ONUDD, 2003).

La patología adictiva debe advertirla el profesional de la salud como una alteración crónica, cuya duración terapéutica (por lo menos cinco años) aporta los elementos más benéficos del abordaje, que requiere, a lo largo de la vida, terapia ambulatoria, medicación y seguimiento continuado, con bases psicoterapéuticas personalizadas (Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002; Souza, 2005g; Souza, 2005; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000).

Sólo tales acciones contextualizan la labor empática, de orientación, correctiva y de apoyo informativo de los profesionales (Souza, 2003a; Souza, Martínez y Mercado, 1999). Asimismo, la eliminación de la recaída, el reforzamiento de la permanencia abstinente y la toma de conciencia de enfermedad (mental) (Souza, 2005g), así como de la participación activa de los afectados y sus familiares, disminuyen las dificultades de manejo de los procesos crónicos (ONUDD, 2003; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004; McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000).

En México una parte del problema terapéutico obedece al ánimo divergente entre el paciente, sus familiares y el personal de salud, al cual le hace falta una preparación profesional adecuada (Souza, 2000d; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004), acorde con la normatividad (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a), pues sólo unos cuantos disponen de ella de manera formal (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004; Souza, 2001d; Souza, 2005f). El resto actúa con el favor de su experiencia subjetiva, y la mayor parte, regularmente, lo hace desde el empirismo, sin bases observacionales confiables, lo que produce confusión, iatrogenia y charlatanería (Souza, 2003a; Souza, 2005f).

Dicha problemática se liga a la falta de un acuerdo nacional de tratamiento de las adicciones que consolide una unidad funcional y ofrezca respuesta eficaz a esta creciente problemática (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006). El empobrecimiento de las acciones diagnóstico-curativas propicia, por otra parte, negligencia en relación con el uso sistematizado de instrumentos diagnósticos y maniobras adecuadas (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Souza, 2005g; Souza, 2005).

La irregularidad en el uso de los expedientes, la pobre resocialización lograda con los pacientes y la evaluación de sus respectivos programas; la mala calidad de la psicoterapia —si es dable llamarse así la metodología "silvestre" empleada— y la deficiente farmacoterapia prescrita (Souza, 2004a; Souza, Martínez y Mercado, 1999) no permiten que los esquemas terapéuticos progresen al ritmo de la demanda asistencial (Heinrich y Lynn, 2002; Souza, 2005g; Souza, 2005f).

El profesional de la salud debe conocer las características clínicas del abuso/dependencia, en especial las relacionadas con las medidas diagnóstico-terapéuticas y su comorbilidad, imprescindibles para una atención básica de corte científico-tecnológico y humanístico (Souza, 2003f). Y como ningún nivel asistencial es capaz de resolver todos los problemas toxicológicos que plantean los casos agudos, porque el número de sustancias potencialmente tóxicas es de casi 100 000, es indispensable conocer la operación de cada nivel asistencial, para cumplir precoz y adecuadamente la terapéutica toxicológica (Matijasevic, 1994; Barranco, Blasco, Muñoz y Jareño, s. f.)

La separación de la neuropsiquiatría en neurología y psiquiatría a mediados del siglo pasado —hoy no justificada— convoca a los especialistas de las neurociencias a conformar de nuevo el campo neuropsiquiátrico (Escobar, 2005), dado que ambos comparten, pese a sus diferencias en áreas específicas, un mismo conocimiento. Éste se deriva, a la par, de los avances producidos por el "laboratorio" (detección de sustancias en sangre, orina, saliva, sudor, cabello, etc.) y por el "gabinete" (Goldstein y Volkow, 2002) (resonancia magnética funcional y espectroscópica, tomografía por emisión de positrones, PET, y tomografía de fotón único, SPECT).

La imagenología visualiza *in vivo* el funcionamiento y los cambios estructurales del cerebro de los pacientes con problemas de consumo de sustancias, psicóticos, con esquizofrenia y depresión mayor bipolar y monopolar, y cierra, vía praxis, la citada brecha (Escobar, 2005). Los expertos (ONUDD, 2003) recomiendan esta moderna visión ampliada del abusador/adicto para efectos de su manejo inmediato, como parte del tratamiento de su adicción (Linares, Palau, Albiach y Santos, 2002; McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000).

Para el desarrollo de tratamientos eficaces contra el D-NIC se han documentado los mecanismos moleculares acerca de las conductas vinculadas a la conducta de búsqueda de droga (Vanderschuren y Everitt, 2004; Volkow y Fowler, 2000; Breiter, Gollub, Weisskoff, Kennedy, Makris, Berke y Goodman, 1997; Berridge y Robinson, 1998; Berke y Hyman, 2000; Chao y Nestler, 2004; Wolf, Mangiavacchi y Sun, 2003; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich y O'Brien, 1999; Everitt, Parkinson, Olmstead, Arroyo, Robledo y Robbins, 1999; Hyman y Malenka, 2001; Kendler, Prescott, Myers y Neale, 2003), mecanismos que dan cuenta de la persistencia conductual del riesgo de recaída y, a la vez, son parte de la explicación acerca de la importancia de las señales asociadas con el consumo, que en ciertas circunstancias llega a controlar tales conductas (Volkow

y Fowler, 2000; Berridge y Robinson, 1998; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich y O'Brien, 1999; Hyman y Malenka, 2001).

La evidencia mostrada en los niveles molecular y celular de los sistemas de la economía corporal y de su peculiar comportamiento (Robinson y Berridge, 1993; Kalivas y Volkow, 2005) sugiere una visión convergente en la que este intenso apego deviene una especie de usurpación patógena de los mecanismos neurales vinculados al aprendizaje y la memoria, que bajo circunstancias normales contribuyen a los comportamientos de supervivencia relacionados con la búsqueda de recompensa y señales predictoras (White, 1996; Berke, 2003; Chlovskii, Mel y Svoboda, 2004; Deroche-Gamonet, Belin y Piazza, 2004; Di Chiara, 1998; Dudai, 2002; Hollerman y Schiltz, 1998; Kauer, 2004; Kelley, 2004; Koob y Le Moal, 1997; Miller y Cohen, 2001; Montague y Berns, 2002; Montague, Dayan y Sejnowski, 1996; Montague, Hyman y Cohen, 2004; Nestler, 2002; Rhee, Hewitt, Young, Corley, Crowley y Stallings, 2003; Rolls, 2004; Schultz, Dayan y Montague, 1997; Steven y Hyman, 2005; Vernon, 1997).

La importancia conceptual-operacional de estos hallazgos en el abordaje inicial del abusador y el manejo del adicto representa una nueva visión etiopatogénica, que remplaza las ideas tradicionales de distintas formas terapéuticas para esta patología (Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, 2001). Una buena parte de los portadores del SIAP que se atienden en un servicio ambulatorio de consulta externa o de internamiento breve —hospitalario o de urgencia— ameritan intervenciones específicas (ONU, 2003; Zealberg y Brady, 1999), a menudo debido a intentos suicidas, sobredosificación de medicamentos, uso y abuso de drogas legales/ilegales, intoxicación criminal, intoxicación accidental e intoxicación laboral (profesional) (Zealberg y Brady, 1999).

Investigaciones de los últimos años en torno a trastornos por consumo de sustancias realizadas en salas de urgencia revelan que al menos 30% de los pacientes presentan SIAP vinculados a la automedicación y el abuso de las sustancias legales/ ilegales (Ian, Putnam, Jia y Smith, 2003). Se ha documentado que el problema de las adicciones, definido como un asunto de salud pública, rebasa ampliamente los recursos y controles establecidos por los distintos países (Ian, Putnam, Jia y Smith, 2003; ACEP, 1995) y que, paradójicamente, en salas de urgencia y hospitales los pacientes aún reciben atención clínica incompleta, que desatiende su comorbilidad y sus necesidades de manejo a largo plazo (Miller, Ninonuevo, Klamen, Hoffman y Smith, 1997; Heinrich y Lynn, 2002; Linares, Palau, Albiach y Santos, 2002; Souza, 2005g; Souza, 2004e).

Además, 50% de quienes ingresan para su atención aguda lo hacen sin un antecedente concreto que permita establecer el diagnóstico de intoxicación, ya porque el paciente no está en condiciones de aportar datos confiables, ni nadie a su alrededor puede hacerlo por él, o bien porque el paciente o sus acompañantes,

en medio de la confusión imperante —quizá por el interés de ocultar la naturaleza de los hechos—, no aportan versiones veraces, precisas y coherentes de las circunstancias del episodio tóxico (Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998).

Por ello, con el fin de evitar la posibilidad de cometer errores en el manejo inicial, y bajo la premisa de orientar eficazmente las medidas a tomar, se insta a la presencia de un alto "índice de sospecha" junto con una evaluación clínica cuidadosa (Ellenhorn y Barceloux, 1988; Snodgrass, 1996; Ellenhorn, 1997), para que éstas no difieran en forma significativa de las medidas adoptadas en el paciente crítico "regular" de un servicio de urgencias (SAMHSA, 1998; Wesson, 1995; Piola y Prada, 1998).

En el momento de su recepción cualquier paciente intoxicado/abstinente debe considerarse potencialmente grave (SAMHSA, 1998; Wesson, 1995) y ser objeto de las medidas habituales de reanimación básica o avanzada, sin importar, de momento, la etiología (Souza, 2000e). Más adelante, aunque el paciente no se aprecie afectado, todo síndrome tóxico o sospechoso de serlo debe manejarse como trastorno agudo en evolución, potencialmente fatal. Los procedimientos técnicos para la atención del SIAP deben contar, en el servicio de urgencias o el consultorio, con una descripción sucinta del manejo (previamente estandarizado, localizado en lugar visible del área de reanimación), para facilitar la aplicación de las medidas necesarias.

La mayor parte de los pasos de dichos esquemas, aunque se presentan en formato aparentemente secuencial, tienden a realizarse de manera casi simultánea (Wesson, 1995; Piola y Prada, 1998). Ambas ramas de la farmacología: *farmacodinamia* (estudio de la relación entre la droga y su receptor, y los cambios de funcionamiento que se producen en un tejido u organismo cuando sucede esta unión) y *farmacocinética* (estudio de los cambios que le suceden al medicamento al entrar en contacto con el organismo: absorción, biodisponibilidad, unión a proteínas plasmáticas, vida media de distribución y de eliminación, vía de eliminación y rango terapéutico), cobran relevancia en estos manejos (Hyman y Fenton, 2003; O'Brien, 2001).

De hecho, el avance psicofarmacológico ha consolidado nuevos paradigmas (Gueye, Hoffman y Taboulet, 1996) útiles en el manejo de SIAP:

1. descubrimiento y aplicación de fármacos que bloquean el D-NIC;
2. reducción, y en su caso eliminación, de un nuevo suministro de sustancias;
3. inducción de aversión a la(s) sustancia(s) de consumo;
4. formalización de estrategia terapéutica para el síndrome de abstinencia solo o combinado;
5. disminución del consumo del (los) psicotrópico(s) a través del manejo de la comorbilidad psiquiátrica/adictiva;

6. inducción rápida de la sobriedad del intoxicado (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich y O'Brien, 1999; Meredith, Jacobsen, Haines y Berger, 1993).

Al igual que en otras emergencias, una intoxicación a menudo precisa un manejo rápido, porque la precocidad y velocidad del tratamiento es directamente proporcional a su eficacia. Ello implica que ningún nivel asistencial ha de diferir un tratamiento esperando se realice cuando el paciente sea trasladado a un nivel asistencial superior. Cada nivel ha de cumplir su cometido terapéutico, para lo cual debe estar previamente preparado (protocolos, algoritmos, conocimientos técnicos, botiquines toxicológicos, etc.) (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006; Matijasevic, 1994; Barranco, Blasco, Muñoz y Jareño, s. f.).

Pese a que una buena parte de las intoxicaciones se asisten en hospital, cualquier médico en ámbito extrahospitalario ante un SIAP debe conocer las líneas básicas diagnóstico-terapéuticas de la toxicología (Ellenhorn y Barceloux, 1988; Snodgrass, 1996; Ellenhorn, 1997).

En la anamnesis, por ejemplo: la determinación del tóxico, cantidad, hora de la exposición, vía de administración, vómitos, medidas terapéuticas previas, medicación habitual, antecedentes psiquiátricos —tentativas suicidas previas—, investigación del entorno (restos de tóxico, tiras [*blisters*] vacías, jeringuillas, notas de despedida, estufa encendida, ambiente tóxico, laboral, doméstico, olores, etc.). Y aunque la anamnesis puede ser suficiente para establecer una impresión diagnóstica, debe hacerse siempre una exploración física que la corrobore/descarte y, además, defina y clasifique la modalidad clínica en evolución:

1. intoxicado con disminución del nivel de conciencia (desde un estado de somnolencia a una obnubilación o coma);
2. intoxicado con alteraciones de conducta (agitación, delirio, ansiedad, alucinaciones);
3. intoxicado con convulsiones generalizadas;
4. intoxicado consciente (Barranco, Blasco, Muñoz y Jareño, s. f.; Wesson, 1995).

La secuencia de atención al paciente agudo, considerada de modo esencial, debe incluir:

1. aplicación de las medidas de soporte vital básico;
2. establecimiento del diagnóstico de la causa de la intoxicación y complicaciones concomitantes esperables;
3. iniciación de las medidas indispensables para:

a) eliminar la mayor cantidad posible del tóxico en contacto con la piel o mucosas (incluyendo el tubo digestivo);
b) incrementar la eliminación del tóxico ya absorbido;
c) contrarrestar la acción del tóxico mediante el empleo de antídotos (Souza, 2000e; Matijasevic, 1994; Barranco, Blasco, Muñoz y Jareño, s. f.; ACEP, 1995).

Durante la secuencia reanimación-diagnóstico-remoción del tóxico, la reanimación es prioritaria. Un error frecuente en el manejo del paciente con SIAP es omitir el principio básico de que *todo paciente crítico debe ser sometido a un protocolo estricto de reanimación básica y avanzada.*

En ocasiones se pierde un tiempo valioso tratando de establecer el diagnóstico etiológico de la intoxicación sin haber iniciado su estabilización o, peor aún, se inician medidas tendientes a la remoción del tóxico sin haber garantizado la vía aérea, respiración y circulación (ACEP, 1995; Ellenhorn y Barceloux, 1988; Snodgrass, 1996).

De ahí que se insista en que las medidas de reanimación tienen carácter esencial y prioritario, mientras que las evaluaciones clínicas y paraclínicas, tendientes a establecer cuál es el o los agentes tóxicos y las medidas tendientes a la remoción de los mismos, deben esperar hasta que:

1. se hayan permeabilizado las vías aéreas;
2. se garantice la respiración (incluso mediante ventilación asistida);
3. se consolide el mantenimiento de la circulación (mediante la inserción de un catéter central) o se aplique la cardioversión eléctrica o la inserción de un marcapasos transitorio, si es el caso;
4. se asegure la preservación de la función cerebral (estableciendo una adecuada oxigenación sanguínea, una presión de perfusión cerebral apropiada y un aporte de glucosa suficiente y oportuno);
5. se inicie el tratamiento de complicaciones potencialmente fatales derivadas del estado crítico (convulsiones, desequilibrio hidroelectrolítico, reacciones anafilácticas);
6. la orientación clínica y nosológica para determinar algún trastorno por consumo de sustancias será factor importante para evitar complicaciones o secuelas graves;
7. los estudios de laboratorio específicos para determinar qué tipo de sustancias pudo haber consumido son de suma importancia diagnóstica (Souza, 2000e; Ellenhorn, 1997; SAMHSA, 1998; Wesson, 1995).

La reanimación del paciente intoxicado se realiza en secuencia lógica:

1. *permeabilización de las vías aéreas;* la situación que más contribuye al incremento de la mortalidad en los pacientes intoxicados es la abolición de los reflejos protectores del aparato respiratorio, que facilita la obstrucción de la vía aérea por la lengua, así como la aspiración de contenido gástrico o material extraño;
2. *si el paciente se encuentra consciente* y hablando es muy probable que sus reflejos protectores de la vía aérea estén intactos; sin embargo, el empeoramiento del SIAP puede llevar rápidamente a la abolición de los reflejos protectores y, por lo tanto, los pacientes deben ser observados de manera permanente;
3. *en los pacientes somnolientos o letárgicos* la evaluación del reflejo nauseoso y tusígeno sirve para estimar de manera indirecta la habilidad del paciente para proteger su vía aérea; cualquier alteración en dichos reflejos, por mínima que sea, *justifica la intubación* (Gueye, Hoffman y Taboulet, 1996).

En torno al apoyo farmacológico específico, el empleo inicial de naloxona en una abstinencia opiácea puede despertar al paciente y evitar la intubación, pero su empleo debe restringirse a aquellos individuos en quienes el cuadro clínico sea altamente sugerente de intoxicación opiácea (Meredith, Jacobsen, Haines y Berger, 1993).

Lo mismo ocurre con flumazenil (Gueye, Hoffman y Taboulet, 1996; Meredith, Jacobsen, Haines y Berger, 1993), eficaz antídoto de manejo agudo en SIAP severo por BDZ. Sin embargo, aún no se dispone de estudios que establezcan lo correcto de este abordaje, sobre todo si se considera que muchos intoxicados con estos productos (de efecto generalmente ansiolítico, hipnótico y tranquilizante, y en algunos de ellos leve efecto antidepresivo) también han ingerido antidepresivos tricíclicos, ISRS u otros atípicos, o alcohol, por lo que es posible que las técnicas destinadas a la reversión del efecto sedante destruyan el único factor protector de la inestabilidad eléctrica de la membrana celular, generando, en pacientes medicados con tricíclicos, un empeoramiento del episodio.

No obstante, los protocolos de manejo de los servicios de urgencias o de primer contacto podrían incluir el suministro de una de estas sustancias o ambas a todo paciente con SIAP no complicado (SAMHSA, 1998; Wesson, 1995; Kosten, 2003).

Los cuidados para el mantenimiento de la vía aérea de abusadores/adictos se realizan de la misma manera y con idénticas medidas recomendadas en todo protocolo de reanimación básica:

1. flexionar el cuello con la cabeza en extensión (a menos que se sospeche traumatismo cervical);

2. traccionar la mandíbula para alinear la vía aérea y evitar que la lengua se vaya hacia atrás y la obstruya;
3. examinar la faringe y utilizar la succión, los dedos o una pinza de Magill para retirar cualquier tipo de cuerpo extraño o secreción.

Tales medidas de permeabilización de la vía aérea e inicio del apoyo a la ventilación no deben tomar más de dos minutos (Souza, 2000e). Para el mantenimiento de la circulación, los primeros pasos en la valoración y el tratamiento inicial del estado cardiocirculatorio de pacientes con SIAP son idénticos al proceso de reanimación general:

1. búsqueda de pulsos carotídeos;
2. inicio de masaje cardiaco externo;
3. instalación de un adecuado acceso venoso;
4. sólo en casos graves, y si se cuenta con el equipo, se deberán realizar maniobras de cardioversión eléctrica, desfibrilación o, incluso, la inserción de un marcapasos transitorio.

De modo paralelo, la evaluación clínica *a fortiori* previa al manejo de casos debe incluir:

1. investigación de las condiciones psicofísicas al arribo;
2. evaluación psiquiátrica-psicológica;
3. diagnóstico y opciones de tratamiento, incluida la comorbilidad, cuyo planteamiento debe considerar la referencia a una mejor alternativa terapéutica (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

Cuando el paciente esté en condiciones de ser entrevistado, o bien tras el manejo agudo y control del cuadro, la entrevista psicológica debe incluir: autoinformes, observación de la conducta y pruebas (cuantitativo-cualitativas) psicométricas, proyectivas e inventario de personalidad (Souza, 2005e).

La entrevista psiquiátrica, que contribuye a afinar el diagnóstico del cuadro y el tipo de nosología, se dirige a consolidar un adecuado manejo y pronóstico (Souza, 2005d; Souza, 2000e; Miller, Ninonuevo, Klamen, Hoffman y Smith, 1997; Barranco, Blasco, Muñoz y Jareño, s. f.), lo cual permite el conocimiento de la condición general del paciente a su arribo a urgencias o, en su defecto, cuando deba referirse a un internamiento residencial u otra instancia clínica pertinente.

De acuerdo con el tipo y el grado de la afectación producida sobre aparatos y sistemas, se indican las pruebas de laboratorio y gabinete necesarias. Una rutina mínima aceptable incluye: BH, QS, PFH (bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa

alcalina, tiempo de protrombina y de tromboplastina, proteínas y albúmina), EGO, EEG, VIH y, de requerirse, TAC, EKG, u otras como PET o SPECT.

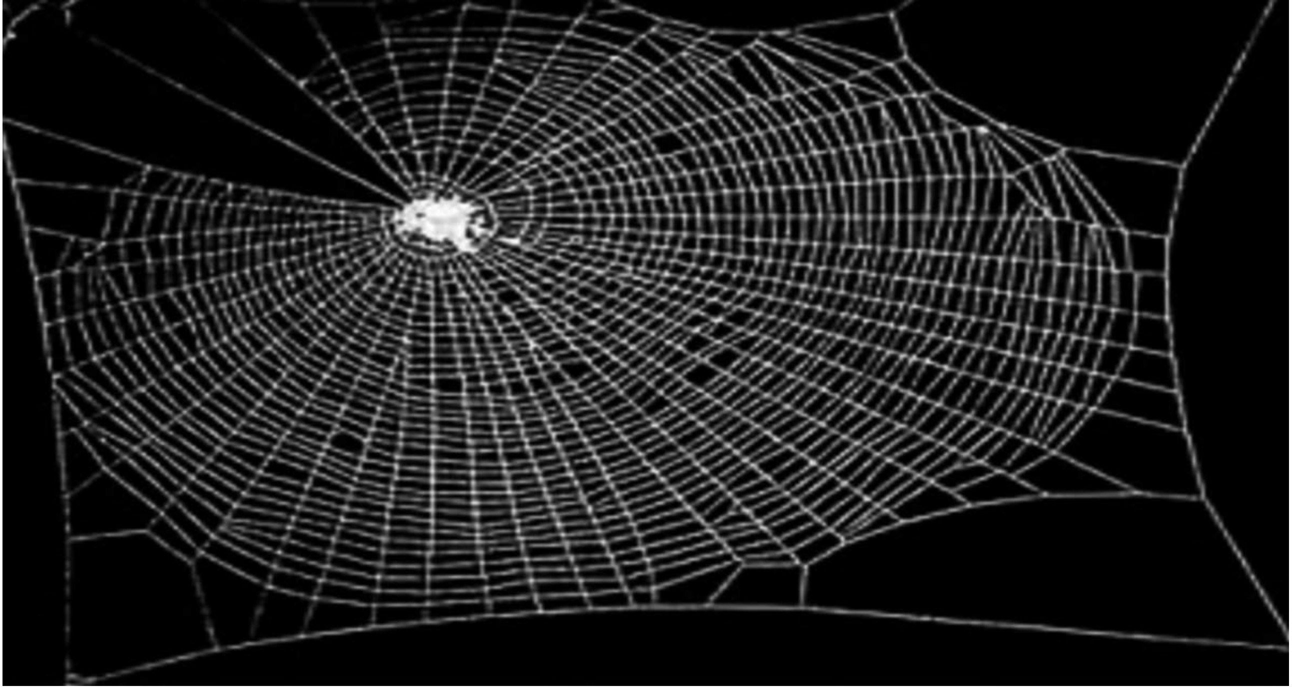
Como los estudios de laboratorio se consideran parte esencial del manejo, en caso de poder obtenerse pruebas de urgencia, el acceso venoso permite tomar muestras de sangre para realizar las pruebas esenciales (niveles sanguíneos específicos de drogas o antidoping), urinarios o de saliva. Éstos se destinan a la determinación de sustancias (antidepresivos tricíclicos, opiáceos, barbitúricos, mariguana, cocaína, etc.) ante la falta de evidencia del tóxico ingerido u otros motivos clínicos (Souza, 2000e; Souza, 2005g; Souza, 2005; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Blanco, Cea, García, Menassa, Moreno, Muñoz, Olalla y Varona, 2003; Souza, 2002a).

En las siguientes páginas se muestran las alteraciones encontradas por los investigadores de la NASA respecto de la toxicidad de distintas sustancias producidas por investigación experimental en una araña (gráficas XXVI.3-XXVI.9).

Otras consideraciones especiales que pueden hacerse en relación con los SIAP son:

1. *riesgo inherente asociado con toda intoxicación,* que depende de factores de la sustancia/tóxico y de una serie innumerable de factores del huésped: factores relativos a la sustancia; potencia del tóxico; cantidad ingerida; duración de la exposición; presencia o combinación de otras sustancias en el proceso tóxico, como el que ocurre a menudo en adictos crónicos a alcohol-cocaína, psicotrópicos-alcohol, mariguana-alcohol, solventes-alcohol-psicotrópicos u otros;

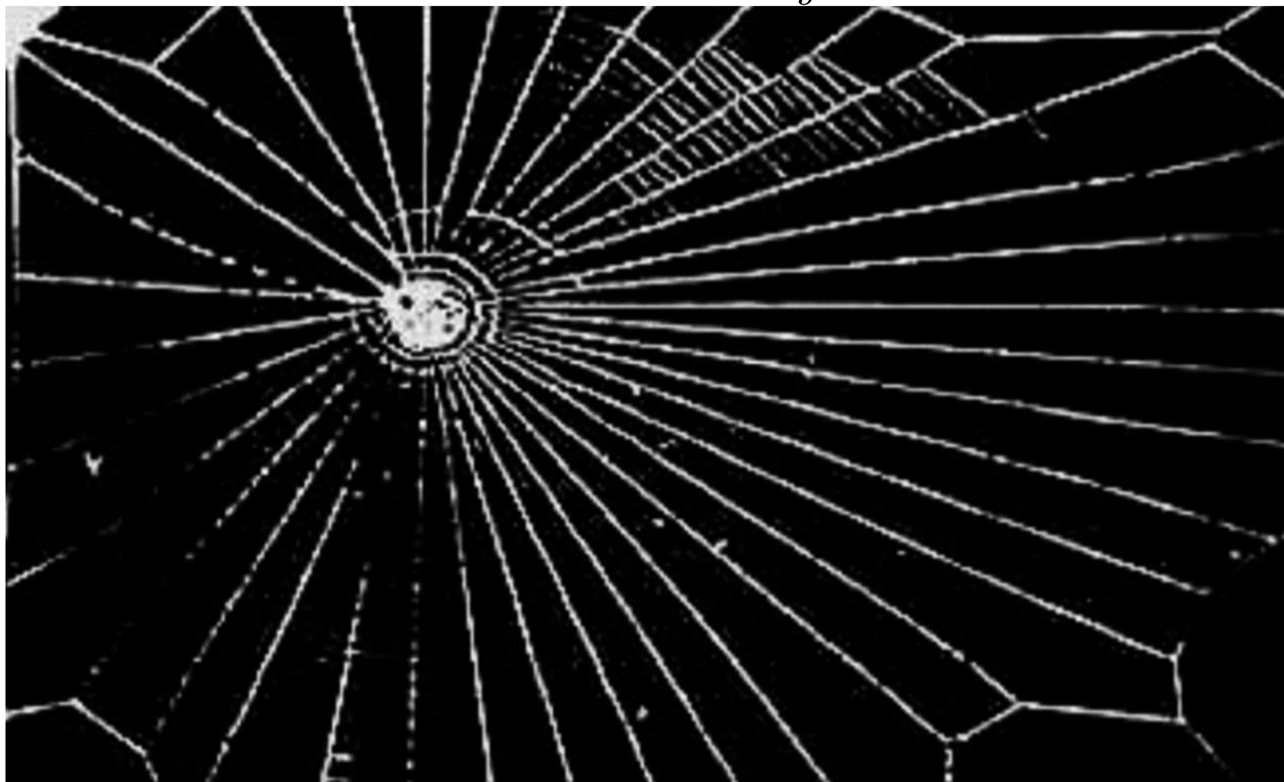
Gráfica XXVI.3. *Telaraña normal*



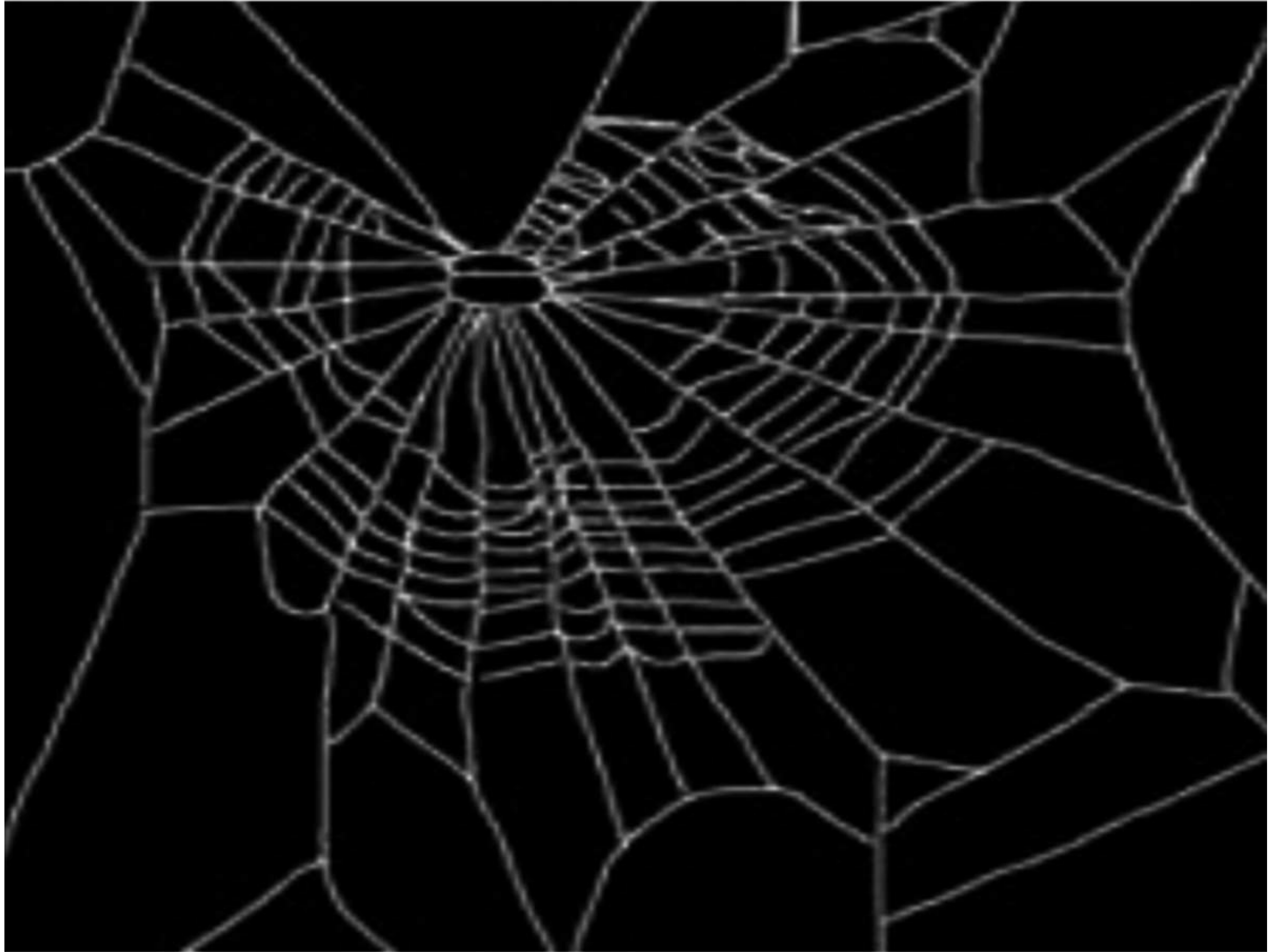
GRÁFICA XXVI.4. *Mescalina del peyote*



GRÁFICA XXVI.5. *LSD*$_{25}$



GRÁFICA XXVI.6. *Mariguana*



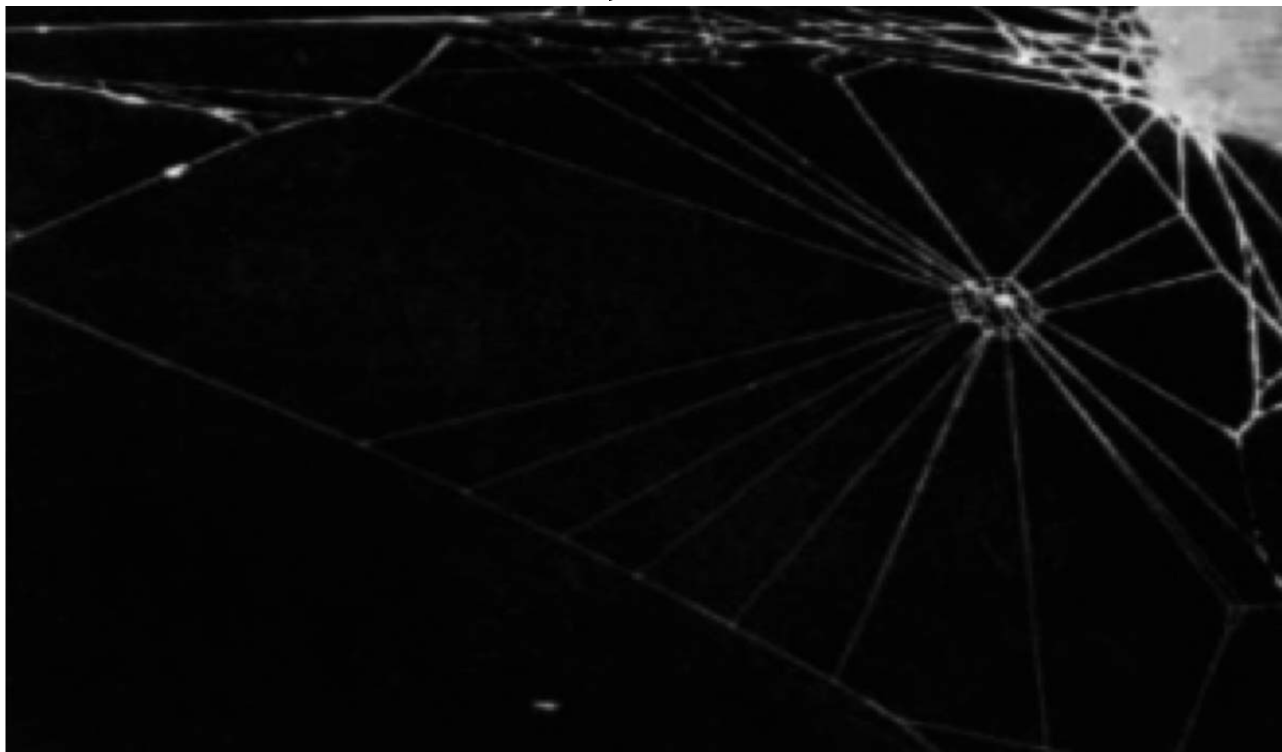
GRÁFICA XXVI.7. *Cafeína*



Gráfica XXVI.8. *Anfetamina*



GRÁFICA XXVI.9. *Hidrato de cloral*



FUENTE: Todas las fotos están tomadas de www.biopsychiatry.com/chloralhydrate.html.

2. *factores de riesgo adherentes o concomitantes dependientes de múltiples factores:* edad, estado clínico general previo, estados fisiológicos especiales capaces de modificar la respuesta, embarazo, alteraciones genéticas que modifican la respuesta al tóxico e hipoxia, etcétera;
3. *diagnóstico oportuno e identificación temprana de la sustancia o sus ingredientes potencialmente tóxicos:* permite ahorrar tiempo y disminuir el riesgo de toxicidad y complicaciones, particularmente en situaciones en las que un fármaco/antídoto puede salvar la vida o prevenir lesiones severas a los órganos;
4. *muestras de sangre, orina, saliva u otros líquidos corporales* destinadas a establecer la presencia de drogas y evaluar alteraciones en la glicemia, estado hidroelectrolítico, estado ácido-básico y daños sobre los órganos o sistemas; son básicas para el manejo del paciente agudo;
5. *es importante tratar de obtener la sustancia droga original y/o su envase:* hacer los exámenes pertinentes para su rápida y positiva identificación en sangre, orina y otros líquidos corporales y confirmar el diagnóstico. Las pruebas de tamizaje (antidoping) para sustancias o drogas estandarizadas sólo cubren las drogas más frecuentemente utilizadas (Sánchez Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás y Morales, 2001; Souza, 2005g; ACEP, 1995; Piola y Prada, 1998; Hales, Yudofsky y Talbott, 2000).

En el manejo de las complicaciones asociadas con el SIAP deben tomarse en consideración:

1. *depleción del volumen corporal;* puede ocurrir por vómito, diarrea y/o diaforesis secundarias a intoxicación etílica, opiácea o por solventes u otras sustancias, solas, como metanfetaminas, o combinadas; debe manejarse mediante líquidos endovenosos y cuidado pertinente;
2. *hipoglicemia;* ocurre a menudo en los SIAP con etanol, disolventes volátiles, psicofármacos e incluso hipoglicemiantes orales, entre otros; se corrige en la consulta externa o servicios de primer nivel, con dextrosa al 50% en agua destilada intravenosa (50 ml es la dosis inicial recomendada en adulto de peso promedio); *este manejo debe ser excluido en todo paciente en coma* y, previa valoración, hay que enviarlo a un servicio de segundo o tercer nivel de atención;
3. *hipotensión;* signo de hallazgo frecuente en la intoxicación barbitúrica o por depleción del volumen o compromiso del tono vasomotor, que se maneja mediante líquidos endovenosos o incluso inotrópicos positivos y vasoconstrictores, pero en todos los casos se prefiere realizar bajo el monitoreo en unidades de cuidado intensivo con catéter Swan-Ganz; dadas las condiciones de gravedad, es preferible que el paciente sea referido a un nivel de especialización;
4. *hipotermia;* la temperatura corporal central inferior a 35 °C es frecuente en pacientes con SIAP moderado/severo; algunos de ellos pueden no diagnosticarse a menos que la temperatura se tome por vía rectal; debe manejarse el caso vigorosamente mediante calentamiento gradual con mantas térmicas; de igual manera puede ocurrir que el paciente bajo esta sintomatología en proceso ingrese a un estado de coma;
5. *arritmias;* son numerosas las sustancias tóxicas capaces de producirlas, en especial los psicotrópicos tipo BDZ y antidepresivos tricíclicos, que son a su vez algunas de las formas más frecuentes de intoxicación documentadas (Barranco, Blasco, Muñoz y Jareño, s. f.; Ellenhorn, 1997; Wesson, 1995); el manejo de estas complicaciones —a realizarse preferiblemente en un segundo nivel de atención— se basa en la detección temprana de la arritmia mediante monitorización por EKG continuo y su evolución;
6. *convulsiones;* la aparición de una convulsión única de corta duración no requiere terapia anticonvulsiva inmediata, pero si es prolongada o reaparece en lapsos breves se hace recomendable la aplicación de diazepam en esquema dosis-respuesta (2-5-10 mg i. m./i. v.); si se elige la vía endovenosa debe aplicarse en forma lenta (3 minutos) y bajo vigilancia; si pese al manejo se prolongan las crisis o se tornan recurrentes, se debe seguir el protocolo de manejo de los síndromes convulsivos agudos; por otra parte, las técnicas de desintoxicación plantean otras maniobras directas inmediatas, como la

suspensión de la exposición tópica al tóxico (ACEP, 1995); en tal caso, además de la suspensión de la exposición al tóxico, debe retirarse la ropa contaminada y lavarse bien toda la piel (agua y jabón y el pelo con champú);

7. *lavado gástrico;* el estómago debe ser vaciado después de la ingestión de la mayoría de los tóxicos a fin de evitar su absorción al máximo; son excepciones relativas la ingestión de cáusticos, hidrocarburos y sustancias epileptógenas.

En todos los casos deben considerarse las siguientes contraindicaciones absolutas al lavado gástrico: obstrucción nasofaríngea o esofágica, traumatismo maxilofacial severo y/o sospecha de fractura de base de cráneo, sospecha/evidencia de perforación esofágica, coagulopatía severa no controlada, por lo que no se realizará nunca en caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo, presencia de varices esofágicas o de esofagitis severa (no es una contraindicación absoluta, pero exige valorar bien su indicación en el primer nivel de atención y extremar las precauciones).

La disminución del nivel de conciencia es una contraindicación relativa por el incremento del riesgo de aspiración y, de ser necesario, se puede realizar intubación endotraqueal, lo que recomienda su derivación a medio hospitalario; vía aérea desprotegida en pacientes con alteración del estado de conciencia y riesgo de hemorragia o perforación debido a patología o cirugía reciente.

Recordar que el lavado gástrico es totalmente innecesario, si el riesgo de toxicidad es bajo y el paciente consulta demasiado tarde. Después de cuatro horas su utilidad es muy pobre, con excepción de casos de SIAP específicos (anticolinérgicos, derivados opiáceos, antihistamínicos y simpático-miméticos, sustancias todas que retardan el vaciamiento gástrico), en los que puede realizarse incluso entre cuatro y 12 horas después de la ingestión.

Si no se conoce verazmente la hora de la ingestión del tóxico es indispensable hacer el lavado gástrico (Snodgrass, 1996; Wesson, 1995). Al efecto, las técnicas para éste requieren personal experimentado, explicación del procedimiento al paciente, verificar que el succionador de la vía aérea funcione, intubación endotraqueal previa al lavado en el paciente en coma o sin reflejo nauseoso, decúbito lateral izquierdo y la cabeza con una angulación de 20 grados (para mejor retorno); el largo del tubo debe ser marcado y medido antes de la inserción; sonda orogástrica 36-40 french o 30 inglesa (diámetro externo 12-13.3 mm).

No utilizar sondas nasogástricas, ya que no tienen un calibre adecuado que permita recuperar las tabletas, y pueden lesionar la mucosa nasal si se emplean las de mayor calibre; no forzar el paso; verificar que está en estómago (obtener muestras de contenido gástrico); realizar el lavado con 200-300 ml de solución salina isotónica o agua, cada vez (poca cantidad para disminuir el paso duodenal), preferiblemente a 38°C, y aspirarlo de nuevo y, por último, continuar

lavando hasta que no se obtengan partículas o el líquido de retorno sea claro (8-10 litros) (Castro y López, 2002).

1. *Emesis;* puede ser inducida en pacientes conscientes y con reflejo nauseoso activo. Incluso puede ser más eficiente que el lavado gástrico en caso de intoxicación con tabletas o cápsulas grandes. Se induce también con jarabe de ipecacuana en aquellos pacientes que la requieran y no exista contraindicación. No es efectiva después de 4-6 horas de la ingestión del tóxico a menos que la sustancia retarde la absorción o el vaciamiento gástrico o existan otros factores que retarden la absorción (Quintana, De la Morena y Artuñedo, 1993).
2. *Uso de carbón activado, CA.* Este procedimiento cumple una función clave en el tratamiento del paciente intoxicado. Por su enorme capacidad de absorción química, su presencia en el tubo digestivo captura y liga de manera no covalente muy diversas sustancias tóxicas, que posteriormente serán removidas junto con el carbón antes de ser absorbidas. Su eficacia documentada requiere sin embargo más estudios a gran escala para establecer su verdadero papel. No obstante, parece ser más efectivo que la inducción del vómito y el lavado gástrico. Se utiliza a dosis de 100 g/h disuelto en 100 ml de agua, administrado por sonda nasogástrica. Pero se contraindica cuando hay disminución del ruido intestinal, íleo u obstrucción. Puede administrarse una primera dosis previa al lavado mientras el paciente se estabiliza. No deben administrarse catárticos con cada dosis de CA porque aumentan el riesgo de deshidratación y de alteraciones electrolíticas. La dosis total de CA puede ser más importante que la frecuencia de la dosis, por ello se ha propuesto el esquema de administrar múltiples dosis con o sin el uso de catárticos concomitantes. La dosis en niños es 1-2 g/h y en adultos 50-100 g o 1 g/kg/h. La presencia de una columna permanente de CA en el tubo digestivo (cuya remoción se facilita mediante la administración concomitante de catárticos) da lugar a un gradiente osmótico dirigido desde el plasma hacia la luz intestinal, que depura la sustancia tóxica del plasma hacia la lumen, donde será removida por el carbón. La infusión continua de CA debe realizarse a través de sonda nasoduodenal con el fin de mejorar su retención y evitar el vómito (Souza, 2000e; Blanco, Cea, García, Menassa, Moreno, Muñoz, Olalla y Varona, 2003; Castro y López, 2002; Quintana, De la Morena y Artuñedo, 1993).

Por último, respecto al manejo de los síndromes de abstinencia —sin pretender agotar el tema, dado que el asunto rebasa los límites de este capítulo—, se exponen a continuación, en forma sucinta, algunos lineamientos contextuales generales para su terapéutica (Souza, 1998a).

Se enfatiza en primer lugar que el manejo de abusadores difiere del de adictos; en los primeros es frecuente el uso de terapias psicológicas y

conductuales (psicoterapia, orientación psicológica, grupos de apoyo o terapia familiar) (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003). En los adictos se implica a menudo una combinación de medicamentos y psicoterapias secuenciales, intermitentes o concomitantes (Souza, 2000e; Souza, 2005g).

La farmacología empleada en ellos es eficaz contra las manifestaciones abstinentes, en particular sobre el D-NIC, reduciendo el consumo de drogas e incrementando la posibilidad de que permanezcan en tratamiento el prolongado lapso que estos casos requieren (Robinson y Berridge, 1993; Sánchez Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás y Morales, 2001; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). El método primario de abstinencia con asistencia médica busca que los pacientes cambien a otra droga equivalente (cuyo síndrome abstinente es más leve), y reducirla después en forma paulatina hasta su extinción (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004b; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Goodman y Gillman, 1996).

En la abstinencia opiácea la metadona y la buprenorfina (Seifert, Metzner, Paetzold, Borsutsky, Passie y Rollnik, 2002; Kutz y Resnik, 2002; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006c; SAMHSA, 2001) se administran eficazmente en forma oral, una vez al día, y en algunos casos de manera aún más espaciada (Kutz y Resnik, 2002; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006c). Los pacientes inician tomando la menor dosis que evite los síntomas abstinentes más severos, a partir de lo cual se reduce la sdosis en forma paulatina. Para la deshabituación opiácea también son de utilidad los ansiolíticos (diazepam o fenobarbital), en idéntico esquema de decremento paulatino (Velasco, 2003; Lorenzo, 2004).

Pero debe considerarse que a pesar de que el paciente logre la abstinencia permanece en riesgo considerable de recaída, de modo que puede reiniciar el consumo aun sin tener la sintomatología abstinente (Azanza, 1997; Jaffe, Knapp y Ciraulo, 1997). En la actualidad se realizan estudios para encontrar medicamentos que puedan bloquear el D-NIC y tratar pertinentemente el resto de los factores que causan la vuelta al consumo (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Escobar, 2005; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich y O'Brien, 1999; Lorenzo, 2004; Azanza, 1997; Jaffe, Knapp y Ciraulo, 1997; Vilaseca Canals y Espinàs Boquet, 2004).

Se estima también que, a un lado del origen neurobiológico semejante (Adinoff, 2004; Goldstein y Volkow, 2002; Zahm, 2000), los cuadros clínicos de las diferentes sustancias muestran características clínicas diferentes, si bien ciertas combinaciones harto conocidas (alcohol + café + tabaco + otros psicotrópicos) enmascaran, abigarran o potencializan la sintomatología, complicando su manejo (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004d; Souza, 2000e), que debe ser lo más específico posible (Sánchez Hervás, Molina, Del Olmo, Tomás y Morales, 2001; Souza, 2005d) y detallarse para su diseminación en el primer nivel de atención, de acuerdo con el tiempo de uso/abuso de la sustancia, sus combinaciones y complicaciones, y en ciertos casos valorarse la referencia al

siguiente nivel (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006).

Una vez atendida la abstinencia, la adicción a psicotrópicos constituye el padecimiento a tratar, el cual corresponde a equipos interdisciplinarios especializados. Éstos habrán de determinar las características de personalidad, así como las del entorno familiar y social, para elaborar un adecuado diagnóstico y una apropiada estrategia personalizada de intervención a largo plazo (Souza, 2005g; Souza, 2005; Souza, 2005e; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; SAMHSA, 2001).

En tal contexto, se describen los cuatro cuadros más frecuentes atendidos en unidades de urgencia, provocados por alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, cocaína y opiáceos (Kosten, 2003; ASAM, 1997; Chang y Kosten, 1997; Kilt, Gross, Ely y Drexel, 2004; Enoch y Goldman, 2002; Nogue Xaraui, 1992; Goldberg y Berlinger, 1982; Zawada, Nappi y Done, 1983; Petry, 2000).

Alcohol

El cuadro se deriva más a menudo de la interrupción abrupta de su consumo —aunque puede ser paulatina—, tras la ingestión de grandes cantidades, periodos prolongados o ambos. Se inicia después de seis a ocho horas y puede durar de cinco a seis días. Su diagnóstico se conforma por la presencia de alucinaciones, cuya manifestación más grave es el delirium tremens (Souza, Martínez y Mercado, 1999; Wesson, 1995; Kosten, 2003; Chang y Kosten, 1997; Enoch y Goldman, 2002; Petry, 2000), reconocible por confusión profunda y/o disminución del nivel de conciencia y agitación intensa, agravada por fenómenos alucinatorios (zoopsias) vividos con gran angustia e ideas delirantes de daño/perjuicio.

Su inicio suele ser brusco y nocturno (Chang y Kosten, 1997; Perry, 2000). Pueden aparecer crisis epilépticas tónico-clónicas y su manejo tiene por objetivo lograr sedación adecuada y prevenir complicaciones:

1. mantener constantes vitales y corrección hidroelectrolítica, en su caso;
2. tiamina 100mg/día i. m. previa siempre a la administración de sueros glucosados; sedación; diazepam 5-10 mg/6-8 horas v. o./i. v.; cloracepato dipotásico 25-50 mg/6-8 horas v. o./i. m.; lorazepam 1-5 mg/4-6 horas v. o.;
3. las BDZ de vida media corta-intermedia se recomiendan en caso de hepatopatía o edad avanzada, y si el paciente no responde puede usarse clometiazol 400-600 mg/6-8 horas (O'Connor y Schottenfeld, 1998; Mayo-Smith, 1997; Malcolm, Myrick, Roberts, Wang, Anton y Ballanger, 2002; Reoux, Saxon, Malte, Baer y Sloan, 2001) o en forma alternativa haloperidol 5-10 mg i. m./i.

v. (Goodman y Gillman, 1996; Azanza, 1997; Vilaseca Canals y Espinàs Boquet, 2004; Enoch y Goldman, 2002).

Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Refieren a gran número de fármacos, incluyendo BDZ y barbitúricos (Palestine y Alatorre, 1976; Nolla y Roca, 1988), prescritos contra la ansiedad e insomnio; incluyen sustancias afines (zolpidem, zaleplon); carbamatos (glutetimida, meprobamato), barbitúricos (secobarbital) e hipnóticos afines a los barbitúricos (glutetimida, metacualona). Como el alcohol, estos depresores producen trastornos similares, tanto por trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia) como por los trastornos inducidos por ellas (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastornos amnésico, psicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducido por sustancias) (APA, 2000).

El síndrome de abstinencia barbitúrica se inicia de 12 a 16 horas tras la última dosis; su severidad se incrementa y alcanza su cúspide a las 24-36 horas, aunque algunos síntomas tardíos (convulsiones generalizadas tónico-clónicas) pueden presentarse incluso al octavo día de evolución (Enoch y Goldman, 2002; Nogue Xarau, 1992). Tanto los barbitúricos (aunque estén actualmente en desuso) como las BDZ a dosis altas pueden ser mortales, en particular cuando se mezclan con alcohol u otras drogas, dada la facilidad de obtención por prescripción o por compra ilegal (Gold, Miller, Stennie y Popullа-Vardi, 1995; Roache y Meisch, 1995). Debido a la duración de sus efectos los medicamentos de acción rápida y los de acción corta o intermedia pueden ser fácilmente productos de abuso, y pueden presentarse niveles muy significativos de dependencia, tanto para la tolerancia como para su abstinencia (cuadro XXVI.1).

CUADRO XXVI.1 . *Principales benzodiacepínicos*

Duración de acción	*Nombre genérico*	*Rango de dosis (mg)*
Prolongada (24 horas)	Clordiazepóxico	10-15
	Diazepam	6-30
	Clorazepato	7.50-45
	Flurazepam	15-45
	Alprazolam	0.25-4
Intermedia a corta	Lorazepam	0.50-4
(5-24 horas)	Temazepam	5.20
	Oxazepam	15-60
	Clonazepam	0.5-4
Ultracorta	Triazolam	0.125-75

FUENTE: Modificado de Shader y Greenblatt, 1993.

La gravedad de los síntomas abstinentes y su presentación difieren en función de la característica farmacocinética y farmacodinámica del producto.

La abstinencia de BDZ de acción corta menor a 6 horas, absorción rápida y sin metabolitos activos (midazolam, triazolam, bentazepam, brotizolam), se inicia horas después de haberse interrumpido su uso.

La abstinencia de sustancias de acción corta-intermedia (6-24 horas) y metabolitos activos (alprazolam, de significativo efecto antidepresivo, lorazepam, lormetazepam, bromazepam, flunitrazepam, oxazepam), así como las de acción prolongada (más de 24 horas) y metabolitos activos (diazepam, cloracepato dipotásico, clobazam, ketazolam, flurazepam, nitrazepam, quaepam), puede tardar uno o dos días o más en producirse (Enoch y Goldman, 2002; Spivey, 1992).

Puede desarrollarse tolerancia y abstinencia en ausencia de diagnóstico de dependencia si el individuo ha dejado la sustancia de forma brusca, aun cuando le haya sido prescrita a dosis terapéuticas, si se ha consumido por periodos largos. La mortalidad en casos de intoxicación sólo por BDZ es rara (O'Connor y Schottenfeld, 1998), pero en más de 75% de los casos éstas se ingieren con otras drogas y/o alcohol, que complican sus efectos (Smith y Wesson, 1999).

El tan temido diagnóstico de dependencia de BDZ sólo puede establecerse cuando, además de la tolerancia y las manifestaciones de abstinencia, se produce una amplia gama de problemas, como cuando el D-NIC interfiere con las actividades cotidianas (APA, 2000). Los síntomas de esta abstinencia se inician a

los pocos días de interrumpir bruscamente su consumo, pero pueden presentarse de manera tardía de dos a tres semanas después. Y dado que ambos sedantes, BDZ y barbitúricos, comparten características, el episodio clínico tiende a ser similar (Enoch y Goldman, 2002; Nogue Xarau, 1992; Reoux, Saxon, Malte, Baer y Sloan, 2001; Spivey, 1992).

Cualquier depresor puede ser usado para tratar este síndrome; sin embargo se prefieren BDZ de acción prolongada, tanto para la abstinencia alcohólica como para la benzodiacepínica y barbitúrica, pues el fenobarbital, aunque es más específico para la barbitúrica, se usa cada vez menos (Souza, 2000e; Nogue Xarau, 1992; Goldberg y Berlinger, 1982; Zawada, Nappi y Done, 1983).

El manejo inmediato —que siempre debe continuarse a largo plazo— consta de tres fases:

1. interrupción de la abstinencia;
2. estabilización con medicación sustitutiva;
3. reducción programada de medicación sustitutiva.

Se debe determinar el fármaco causante del síndrome y la dosis usada, así como su potencia equivalente en relación con el fármaco sustitutivo (cloracepato dipotásico 20-50 mg hasta controlar el cuadro; diazepam v. o. en dos tomas de 0.5-1 mg/kg o alprazolam 0.50-1.0 mg/8 horas suelen ser suficientes en la mayoría de los casos).

Los casos más severos pueden requerir dosis i. v. de diazepam de 10-20 mg/2 horas hasta la desaparición de los síntomas. Una vez eliminada la sintomatología y establecida la dosis de mantenimiento, se efectúa la prueba de tolerancia, con los mismos criterios que para las BDZ; se administra una dosis de pentobarbital de 200 mg/2 horas hasta ser patentes los signos tóxicos.

La duración total del tratamiento de la abstinencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos es de alrededor de diez días, aunque en algunos casos puede requerir más tiempo. Cabe enfatizar que las BDZ están indicadas para ser usadas por periodos breves, de dos a cuatro semanas (Gold, Miller, Stennie y Populla-Vardi, 1995; Roache y Meisch, 1995; Smith y Wesson, 1999; Ashton, 2002) (cuadro XXVII.2).

Cocaína

El consumo de este estimulante ilegal ha aumentado en nuestro país en los últimos años (Prado, Martínez, Martínez, Mercado, Tagle y Souza, 2001). En la actualidad es la primera droga ilícita de inicio de consumo en los jóvenes, segunda droga más consumida y causa frecuente de mortalidad vinculada al

abuso de drogas (ENA, 2003; Committee to Study Medication Development and Research at National Institute on Drug Abuse; NIDA, 2001). La característica de su abstinencia es la presencia de un síndrome típico que aparece pocas horas después de interrumpir el consumo abundante y prolongado de cocaína (Souza, 2000e).

En el caso de la cocaína tipo crack la sintomatología aparece en un tiempo mucho más breve aún. El punto más intenso ocurre entre el cuarto y el noveno día, para luego decrecer. Tras este periodo suelen reaparecer los síntomas y una fase final de extinción. La interrupción del consumo produce un cuadro de depresión severa, alteraciones del humor, sueño, apetito y demás funciones cognitivas y psicomotoras (Vanderschuren y Everitt, 2004; Breiter, Gollub, Wiesskoff, Kennedy, Makris, Berke y Goodman, 1997; Childress, Mozley, McElgin, Fitzgerald, Reivich y O'Brien, 1999; Kosten, 2002).

Dada la dificultad de realizar un diagnóstico diferencial sin una historia clínica clara y completa o sin análisis toxicológicos confiables (sangre, orina, plasma o saliva), el diagnóstico —en este caso y en cualquier otro— debe tenerse como provisional (OMS, 1993; Souza, 2000e), y el profesional de la salud debe conocer su secuencia de tres fases (Blum, Braverman y Holder, 2000; Shaffer, Laplante, Labrie, Kidman, Donato y Stanton, 2004; Souza, 2000e; Blanco, Cea, García, Menassa, Moreno, Muñoz, Olalla y Varona, 2003).

A pesar de estar exhausta la persona, puede presentar aún un residuo de estimulación nerviosa que le impida conciliar el sueño, fenómeno que por lo general dura varias horas.

1. Existe un D-NIC y por lo tanto es peligrosa por la retroalimentación adictiva que representa.
2. La mayoría de los adictos se sienten hipotímicos, con un bajo nivel de ansiedad y con una escasa apetencia por la droga; sin embargo la depresión y la somnolencia persisten, y las dificultades para conciliar el sueño pueden representar en ese momento uno de los problemas más serios. Después de un breve periodo el paciente puede mostrar una mejoría generalizada, pero al cabo de un nuevo periodo —variable de 12 horas a una semana—, la apetencia vuelve a aparecer, así como un estado ansioso y anhedónico constante que muestra un cuadro clínico confuso y paradójico.
3. Consiste en un periodo de estabilización, donde el D-NIC desaparece, existiendo aún cierto riesgo menor de recaída, el cual sin embargo debe tenerse presente para favorecer la abstinencia a largo plazo y estimular la motivación de permanecer en ella, como parte del tratamiento. La depresión, apatía y pérdida de iniciativa disminuyen progresivamente para luego reaparecer, de modo variable, en el transcurso de los siguientes dos a cuatro meses, pero el D-NIC puede ser tan intenso y los recuerdos del paciente acerca del estado obtenido bajo su influjo tan reiterativos que son una invitación potente y reiterada que

hace titubear al adicto, aun después de haber pasado meses o años de abstinencia (Blum, Braverman y Holder, 2000; Shaffer, Laplante, Labrie, Kidman, Donato y Stanton, 2004; Souza, 2000e; Carelli y Wondolowski, 2003; McFarland, Lapish y Kalivas, 2003; Kosten, 2002).

CUADRO XXVI.2. *Benzodiacepinas y fármacos similares*

Benzodiacepinas	*Vida media en horas (metabolito activo)*	*Objeto de comercialización*	*Dosis oral equivalencia aprox (mg)*
Alprazolam (Tafil®)	6-12	Ansiolítico	0.5
Bromacepam (Lexotan®)	10-20	Ansiolítico	5-6
Clorodiacepóxido (Librium®)	5-3 [36-200]	Ansiolítico	25
Clobazam (Frisium®)	12-60	Ansiolítico, anticonvulsivo	20
Clonacepam (Rivotril®)	18-50	Ansiolítico, anticonvulsivo	0.5
Cloracepato (Tranxene®)	[36-200]	Ansiolítico	15
Diazepam (Valium®)	20-100 [36-200]	Ansiolítico	10
Lorazepam (Ativan®)	10-20	Ansiolítico	1
Oxazepam (Serepax®)	4-15	Ansiolítico	20
Temazepam (Restoril®)	8-22	Hipnótico	20
Triazolam (Halcion®)	2		0.4
FÁRMACOS NO BENZODIACEPÍNICOS CON EFECTOS SIMILARES			
Zalepon (Sonata®)	2	Hipnótico	20
Zolpidem (Stilnox®)	2	Hipnótico	20
Zopiclona (Imovane®)	5-6	Hipnótico	15

FUENTE: Modificado de Ashton, 2002.

El manejo se asigna por fases y puede iniciarse con BDZ a dosis respuesta, para controlar los episodios ansiosos agudos del paciente (Schnoll, 1996).

No existe acuerdo en la medicación a emplear; tanto bromocriptina (0.61.8 mg en 2 tomas v. o. durante 1-3 semanas) como clorhidrato de amantadina (200 mg/día) y otros antidepresivos han reportado cierto éxito (Azanza, 1997; Zawada, Nappi y Done, 1983; Petry, 2000; NIDA, 2001; Moscovitz, Brookoff y Nelson, 1993; Alterman, Droba y Antelo, 1992).

Los tricíclicos e ISRS, mixtos u otros, como los neurolépticos a dosis bajas, también han sido usados con éxito para aliviar algunos componentes del síndrome. La imipramina y la clomipramina se han utilizado en un intento de equilibrar los sistemas catecolaminérgicos alterados por la ingestión crónica del estimulante. Sin embargo sus resultados, no del todo satisfactorios (Matijasevic, 1994; Snodgrass, 1996; SAMHSA, 1998; Hales, Yudofsky y Talbott, 2000), parecen controlar el D-NIC durante el primer mes tras su descontinuación, como ocurre con bupropión (75-450 mg/día) (Prado, Martínez, Martínez, Mercado, Tagle y Souza, 2001).

Cabe señalar que sin el apoyo psicoterapéutico, dirigido a controlar el estado depresivo y reforzar la motivación para la abstinencia a largo plazo, es de esperarse el regreso al consumo en cualquier momento (Chang y Kosten, 1997; Kilt, Gross, Ely y Drexel, 2004; Kosten, 2002).

Opiáceos

Son sustancias derivadas del opio (morfina, heroína, codeína, metadona, fentanilo, meperidina); en la actualidad se usan en el ámbito médico por su potente efecto analgésico, además del conocido consumo ilegal de algunas de ellas (heroína). El síndrome se presenta como consecuencia de la interrupción del psicotrópico o la disminución de su dosis habitual (Schnoll, 1996).

No obstante, la dosis no es el único determinante del síndrome ni es absoluta, dado que los usuarios de concentraciones bajas no experimentan síndromes de abstinencia más leves que los que usan dosis altas. En la mayoría de las personas adictas a drogas de acción corta (heroína) los síntomas abstinentes aparecen tras 6-24 horas de la última dosis.

En el caso de drogas de acción más prolongada (metadona o el LAAM, 1-alfaacetilmetadol), los síntomas pueden tardar de dos a cuatro días en aparecer. Los síntomas agudos de la abstinencia de opiáceos de acción corta habitualmente alcanzan un máximo de entre uno y tres días, remitiendo gradualmente a los cinco a siete días. Los síntomas menos agudos pueden prolongarse durante semanas o meses.

El síndrome parece actuar como un reforzador negativo que induce a mantener la administración continua del psicotrópico para evitar las manifestaciones de supresión, promoviendo así una adicción más grave (O'Connor, 2000; Kleber, 1999; Nutt, 1999; PNUDIF, 2003). El establecimiento de la relación de temporalidad entre la descontinuación del consumo opiáceo y la aparición del cuadro clínico precisa un diagnóstico adecuado (Velasco, 2003; Nutt, 1999) bajo lineamientos internacionales y su registro en el expediente clínico (OMS, 1993; APA, 2000).

El tratamiento puede ocurrir en consulta externa pero debe ser sintomático y sobre todo regular. Son útiles las BDZ de vida media larga (diazepam 5-10 mg v. o. o cloracepato dipotásico 25-50mg/6-8 horas v. o./i. m.). Si éstas no resultan efectivas se cambia a un neuroléptico (levomepromacina 25 mg/8 horas v. o./i. m. haloperidol 5-10 mg v. o./50-150 mg i. m./i. v.).

Para los casos agudos y crónicos debe considerarse el manejo hospitalario de especialidad. Otro fármaco útil de manejo sustitutivo para la abstinencia de heroína —controversial por sus efectos secundarios de hipotensión—, que actúa sobre los síntomas simpáticos de la abstinencia, es la clonidina. Se trata de un bloqueador adrenérgico alfa2, a dosis de 0.1-0.3 mg/6-8 horas durante 7-10 días. Después, si es necesario, se modera la dosis a 0.2-0.3 mg/día bajo esquema de dosis/respuesta.

La dosis máxima no debe exceder 0.3 mg 3 veces/día (0.900 mg/día). El uso de metadona (20-30 mg/día v. o. en un espectro de 60-100 mg/día) suele suprimir los signos más graves. Controlado el cuadro agudo, se reduce progresivamente la dosis previendo que no se presenten síntomas por privación, por lo que el fármaco no debe disminuirse más de 20% cada día. Las manifestaciones agudas suelen remitir en un lapso de 7-10 días (PNUFID, 2003; Manwell, Fleming, Johnson y Barry, 1998).

La patología adictiva en los últimos decenios se ha dispersado por el mundo en forma vertiginosa (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004). Como fenómeno, es uno de los problemas más graves del país (ENA, 2003) no sólo a causa de su costo sanitario-asistencial, sino también por su liga con problemas delincuenciales, violencia familiar, abuso de menores, pandillerismo, deserción escolar, mendicidad y gente "sin hogar", VIH/sida, baja competitividad y productividad laboral, accidentes automovilísticos y laborales, etc. (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a), que acarrean una pesada carga socioeconómica individual y colectiva (Souza, 2003f). Cada vez más la sociedad dispone de drogas más fuertes y variadas (Souza, 2005d) cuyo mayor impacto les hace ser, a la par, más difíciles de abandonar (Kleber, 1999; Nutt, 1999).

El traslape de la etiopatogenia adictiva no siempre permite considerar el peso específico de los elementos que la integran (Souza, 2003a; Souza, 2004a). El abuso/adicción es uno de los fenómenos más difíciles de transitar, toda vez que sufre el repudio social debido a la ignorancia, incomprensión y prejuicios, que

redundan en falta de apoyo comunitario (Souza, 2005). Se ha documentado que tanto en el inicio como en el mantenimiento de la adicción el D-NIC es, en términos clínicos (recaída), la condición neuroquímica que, aderezada de muchas otras circunstancias, impulsa el consumo (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000).

Los SIAP producen problemas físicos y psicosociales que promueven secuelas permanentes, alteraciones funcionales de los vínculos relacionales e incluso la muerte, por lo que ameritan correcto manejo e inicio de tratamiento a largo plazo de la adicción de que se trate. Pero la combinación de manejo fármaco/psicoterapéutico debe ubicarse en el orden prioritario de su mejor actuación, dado que se requieren ambas, y otras actividades prosociales, en conjunto, para rehabilitar a los pacientes (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a).

La participación de los avances científico-tecnológicos propicia una mejor noción de la patología adictiva, facilita su abordaje e induce nuevos senderos terapéuticos, que el profesional de la salud debe conocer y practicar a efecto de consolidar una praxis más eficiente y humanitaria (Souza, 2003f; PNUFID, 2003). La referencia-recepción adecuada de casos agudos/crónicos es todavía prueba insuperada que las organizaciones e instituciones de tratamiento deben manejar con mayor eficacia y acuciosidad.

Se requiere contar con una estructuración funcional que atienda el pronto envío y garantice su mejor manejo (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2006). En tal sentido, los esquemas terapéuticos deben organizarse de forma que puedan contener la demanda asistencial, si se espera nulificar su impacto, en tanto la educación y los planes comunitarios informativo-preventivos hacen lo propio.

El manejo de los SIAP requiere conocimientos técnicos y desarrollo de destrezas particulares para enfrentar el reto correctivo de cada caso. Las recomendaciones toxicológicas constituyen una guía de pronta ayuda, en el contexto de las "mejores prácticas" relativas al manejo de casos, y son, por lo tanto, útiles al personal de atención primaria, médicos generales y familiares, médicos de urgencia, etc. (ASAM, 1997; Manwell, Fleming, Johnson y Barry, 1998).

Su descripción podría constituir un algoritmo de fácil consulta para que, en ocasión emergente, pueda guiar a los protagonistas en la corrección de problemas específicos. Los SIAP deben conocerse y manejarse al igual que los demás cuadros tóxicos, sin el estigma al que han sido sometidos en la práctica por tanto tiempo (Souza, 2001d).

Es deseable la superación de tales conflictos que dañan a los pacientes y sus familiares, y desmerecen la imagen asistencial de quienes tienen la responsabilidad de atender, sin diferencias, a los pacientes a su cargo (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b).

RESUMEN

Los trastornos por consumo de sustancias muestran un grave impacto: de 20 a 50% de los pacientes hospitalizados, de 15 a 30% de los atendidos en primer nivel y 50% de quienes sufren trastornos psiquiátricos. En las salas de urgencia los síndromes de intoxicación y abstinencia rara vez se investigan con historias clínicas *ad hoc,* ni se considera su diagnóstico, comorbilidad o necesidades farmacológico/psicoterapéuticas a largo plazo.

La mayoría de los abusadores/adictos permanece sin diagnosticar, y los pacientes que no han recibido tratamiento, padecen dolor crónico o trastornos ansioso/depresivos se encuentran en alto riesgo de contraer patología comórbida. La asignación de manejo correcto ha estado restringida por la falta de preparación de los equipos terapéuticos en materia de adicciones, en claro contraste con los demás manejos críticos. El tratamiento agudo para estos cuadros casi nunca se brinda con base en las necesidades individuales y su indicación médica; su administración es asignada y alterada por distintas adversidades institucionales o personales que van desde lo administrativo hasta lo contratransferencial. Este capítulo ofrece, desde una visión esquemática, una guía de pronta ayuda, en el contexto de las "mejores prácticas" de atención rápida, destinada al profesional de la salud para favorecer su manejo, derivado de una mejor referencia-recepción de los casos.

El avance de las neurociencias, que ha propiciado una mejor y más clara noción del problema, facilita a su vez los abordajes terapéuticos a través de una praxis cada vez más eficiente. Su carácter tripartito científico, técnico y humanístico no debe descuidarse.

* Modificado de Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2007.

XXVII. HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CODIFICADA PARA ADICCIONES, HCPCA*

MANUAL DE APLICACIÓN

COMO distintos intereses profesionales en el espectro de las actividades de la psiquiatría de las adicciones en años recientes han dirigido su preocupación a entender la relación existente entre el uso y abuso de psicotrópicos y otras sustancias, la comorbilidad adictiva y psiquiátrica, la violencia sexual y otros tópicos, como los trastornos del sueño, de la función alimentaria, etc., se hace necesario contar con un instrumento diagnóstico destinado a la labor asistencial de la clínica curativa de los problemas adictivos, lo mismo que a los dedicados a la docencia.

Se trata de una propuesta que representa un esfuerzo institucional por proporcionar instrucción y actualización para una adecuada función nosoterapéutica que apoye el abordaje integral de las adicciones, destinado al logro de la reinserción social del paciente adicto y su futura supervisión psicoterapéutica a largo plazo, para fomentar el crecimiento individual de los afectados por este grave mal.

La historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCPCA, fue diseñada con espíritu académico, a partir del conocimiento de necesidades reales de atención en nuestro medio, cuyo apego a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 valida los criterios para el manejo de los casos, al aportar un contenido útil al personal médico especializado y general de hospitales, clínicas y salas de urgencias de instituciones públicas y privadas del sector.

Este grave problema psicosocial en el concierto actual de las naciones se encuentra referido al campo donde fue concebido: el seno de la psiquiatría, de una práctica cada vez más especializada y fina, cuya condición por sí misma abre una subespecialidad profesional, en virtud de la profundidad y extensión que requieren sus habilidades y conocimientos. Una historia clínica es, antes que nada, una investigación dirigida, breve y detallada del examinado, actividad que requiere cierta experiencia y acuciosidad, pero sobre todo pasión por el conocimiento y su utilidad.

Tal estrategia puede realizarse enfocando cinco formas de abordaje, según sus respectivos niveles de complejidad:

1. los síndromes de intoxicación;
2. los síndromes de abstinencia;
3. las manifestaciones agudas y crónicas agudizadas;
4. las manifestaciones crónicas propiamente dichas;
5. las manifestaciones residuales a la adicción, una vez logrado su control.

En dicha estrategia se consideran los factores de comorbilidad psiquiátrica, que se encuentran, a su vez, íntimamente ligados a la estructura de la personalidad premórbida del paciente y a su habitual capacidad fallida de adaptación. Dichas características se encuentran en todo momento relacionadas con tres principales grupos causales descritos en el rubro de consumo de psicotrópicos en la nosografía mundial:

1. etiogénicos;
2. concomitantes;
3. consecuentes.

Descripción general

La HCPCA es un instrumento clínico, y no un cuestionario o cédula de investigación. Ha sido previamente semiestructurada, y su diseño *ex profeso* obedece a la concentración de información, en orden prioritario, de los antecedentes, condiciones y alteraciones médicas y psiquiátricas del paciente consumidor de psicotrópicos y otros fármacos de abuso.

Dicha estructuración para la elaboración del diagnóstico nosológico y la propuesta terapéutica correspondiente (sin diagnóstico no es posible asignar racionalmente recursos terapéuticos de cualquier modalidad) es resultado de un minucioso trabajo hecho con experiencia en normatividad, que permite el estudio específico de los antecedentes del consumo de psicotrópicos y su uso en el último año, así como sus repercusiones y consecuencias concomitantes, por lo que a través de los datos obtenidos en los diferentes capítulos que la conforman es posible arribar a un diagnóstico nosológico apropiado del paciente que permita elegir otras acciones terapéuticas a seguir.

Asimismo, al conjuntar la información de varios casos es factible el establecimiento de comparaciones con fines de estudio especializado y de aplicación bioestadística, que nutran la retroalimentación en favor del desarrollo programático de contenidos y su respectiva planeación conductual operativa de los servicios asistenciales.

Diseño

Desde la aparición en el mundo, hace casi cuatro decenios, de instrumentos codificados en el campo clínico, se ha mostrado una alta eficacia diagnóstica con ellos y el favorecimiento de los estándares programáticos de costo-beneficio en las instituciones de salud. Sus más patentes ejemplos se reflejan en las pruebas de Zung, Beck o Hamilton para depresión y ansiedad; el cuestionario general de salud de Goldberg, el MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) y el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) utilizado por la OMS, entre muchos otros.

Hoy en día la literatura científica documenta un respaldo favorable al diagnóstico con tales instrumentos, debido, entre otras cosas, a que resultan en un menor número de fallas y omisiones que con el uso de la historia clínica tradicional (que no es especializada), tanto en el tratamiento de problemas de salud general como en los relativos a la patología mental.

Los antecedentes de este instrumento son dos modelos codificados de probada utilidad, ambos publicados en los respectivos ámbitos especializados donde se aplican (historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo e historia clínica psiquiátrica codificada para la sexualidad femenina), cuyo diseño se apoya en una selección de reactivos que contemplan diversas opciones de respuesta. La HCPCA fue estructurada en forma de cuestionario, para ser resuelta con base en una codificación que mantiene una secuencia numérica especial.

Se ha confeccionado siguiendo un orden sistemático que va de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complejo y de lo sano a lo patológico, para integrar la información básica, necesaria y suficiente de las áreas que a través de ella se exploran. Los 329 reactivos que la conforman, en su mayoría de opción múltiple, han sido ordenados secuencialmente por capítulos. Éstos contienen reactivos que combinan la opción múltiple y la especificación, para dar cabida a la descripción y, en su caso, a la interpretación de la información obtenida.

De los 19 capítulos que la contienen, los 15 primeros se consideran de exploración, y están divididos en secciones para identificar situaciones concretas y específicas tanto para cada área como para cada situación. Dichos capítulos contemplan los aspectos más relevantes de cada área. Los siguientes cuatro capítulos son de integración y conclusión, para auxiliar al clínico a identificar acciones concretas a seguir, una vez que se han detectado datos sobre la presencia de conductas adictivas, el uso de sustancias, sus antecedentes, las consecuencias, y las alteraciones físicas y mentales producidas.

Dada la secuencia del registro, aunque está basada en el modelo médico tradicional, requiere ser aplicado por personal capacitado *ex profeso*, en vista del objetivo clínico que se pretende obtener con sus resultados.

Ventajas

Se trata de un instrumento codificado que resume la condición biopsicosocial humana y guía el llenado sin omisiones y con escasa redacción. Es educativa para el paciente y el explorador, facilita la secuencia exploratoria, conduce a conclusiones diagnósticas, tiene alto valor semiológico, propedéutico y nosológico.

Como es una entrevista programada y semiestructurada, permite realizar una comparación bioestadística de la clínica adictiva. Por otro lado, elimina cambios, errores y omisiones entre un explorador y otro, y permite desarrollar una tendencia a la uniformidad exploratoria. Facilita la conceptualización, el diagnóstico, el pronóstico, y considera la comorbilidad adictiva y psiquiátrica; por ello posibilita cierta clase de investigación clínica y epidemiológica. Además optimiza los recursos humanos y materiales existentes y favorece la actuación profesional.

Descripción y contenido

La HCPCA consta de 19 capítulos. Es un instrumento moderno aplicable en diferentes ambientes clínicos de atención a las adicciones. Está diseñada para aplicarse a todos los sujetos que soliciten consulta por consumo de sustancias dentro de las instalaciones de la unidad clínica, sin importar su edad, lugar de residencia, estrato socioeconómico, estado civil u otros, para determinar si el entrevistado es portador o no del problema actual de adicción, además de alguna otra afectación médico-psiquiátrica adicional. Su completud y uniformidad permiten visualizar ampliamente el problema que pretende enfocar y su contenido facilita la corroboración de algunas respuestas, ya que una valida a la otra.

Procedimientos generales de aplicación y llenado

1. La HCPCA la aplicará el médico psiquiatra o el médico general (previamente adiestrados) durante el primer contacto con el paciente.
2. El registro de la información se marcará en el o los cuadros correspondientes a cada reactivo, con el número correspondiente a las categorías estipuladas, es decir, el número de la o las opciones de respuesta que se presentan a continuación de cada reactivo.
3. Se anotará sólo un número por casilla.

4. Cuando existan dos casillas y la respuesta requiera sólo el empleo de una de ellas, se cancelará la casilla izquierda con el símbolo “0”.
5. No se harán otras marcas en las casillas, a excepción de los espacios destinados a anotar número de paciente de primera vez, número de expediente y unidad operativa. Estos espacios se reservan para anotar los datos correspondientes de cada unidad en que se aplique.
6. Algunas de las preguntas que solicitan información cualitativa se responderán de manera descriptiva en las líneas que aparecen a continuación de ellas.
7. Algunos de los reactivos contemplan las categorías: Otra, Especificar, Ambos y/o No procede. En el primer caso, es decir, la categoría Otra, Esp. ___________, está destinada para consignar una respuesta no contemplada en las opciones dadas, por lo que en la casilla del reactivo se anotará el número de esta categoría, y en la línea a continuación, la respuesta que haya dado el paciente. La categoría Ambos, Esp. ____________, se destina para consignar más de una opción de respuesta. En este caso, en las casillas se anotará el número de esta categoría, y en la línea, los números de todas las respuestas posibles, separando cada número con una coma. La categoría No procede se destina para aquellos reactivos o áreas en las que se ignoran los datos, o bien las preguntas corresponden a situaciones no propias de la edad, sexo o circunstancias actuales del paciente.
8. Al inicio de la entrevista se recomienda realizar un saludo que induzca un *rapport* adecuado. Es decir, implica la creación de un ambiente de confianza y colaboración, donde se perciba el interés del entrevistador hacia el paciente. Para ello se sugieren algunas pautas o aproximaciones:
• sea siempre respetuoso;
• sea cálido;
• haga contacto visual;
• invite al paciente a sentarse o a que esté lo más cómodo posible;
• use una entonación amable y cordial;
• use un lenguaje claro y sencillo;
• exponga clara y directamente los objetivos de la aplicación.

Aplicación e instrucciones particulares por capítulos

Capítulo I. Ficha de identificación. Consta de 15 reactivos (1 a 15) que exploran aspectos sociodemográficos básicos para ubicar la identidad del paciente a través de los datos de interrogatorio más relevantes. *1.* Unidad de servicio. Se refiere al servicio, ya sea consulta externa u hospitalización en donde se aplica la historia. *2.* Fecha. Se refiere al momento de la aplicación de la HCPCA. Consigne en el espacio siguiendo el orden: día, mes y año con números del 01 al 31 para los días; del 01 al 12 para los meses y los dos últimos dígitos que corresponden al del año.

3. Nombre. Anote claramente, indicando el apellido paterno, el materno y el o los nombres de pila del paciente. *4.* Sexo. Registre con X en la casilla correspondiente, M para masculino y F para femenino, según corresponda. *5.* Domicilio. Anote los datos correspondientes. *6.* Teléfono. Anote el número correspondiente. *7.* Tiempo de residencia. Anote el número en años aproximados. *8.* Edad. Consigne anotando con número la edad en años cumplidos a la fecha de la entrevista. *9.* Fecha de nacimiento. Anote en las líneas correspondientes empezando por el día y continuando con el mes y año. *10.* Lugar de origen. Anote en la casilla el número que corresponde. Las opciones *2.* Estado y *3.* Otro Esp. __________ tienen una línea para anotar el nombre del lugar de origen. *11.* Religión. Registre según respuesta la que el paciente profese (al momento de la entrevista). *12.* Estado civil. Registre la categoría, según la situación en que se encuentre el paciente a la fecha de la entrevista. La categoría Otro, Esp. __________ se refiere a la proveniencia del estado civil actual, por ejemplo: Viudo y en la actualidad soltero o en unión libre, divorciado o viudo y actualmente separado. *13.* Escolaridad. La categoría "analfabeta" se refiere a la persona que no sabe leer o escribir. Aquellos que lo saben sin haber cursado educación formal se colocarán en la categoría *2:* sabe leer y escribir; el resto de las categorías se marcarán según lo estipulado. Registre la que corresponda a la fecha de la entrevista. *14.* Ocupación. Registre la ocupación que mencione el paciente que corresponda al listado. En caso de tener varias ocupaciones anote la que el encuestado considere más importante en función del sustento y en el lapso de los últimos seis meses. *15.* ¿Con quién vive? Registre con quién vive el paciente al momento de la consulta, siempre y cuando tenga en tal condición por lo menos seis meses.

Capítulo II. Identificación de la entrevista. Consta de un reactivo (16) destinado a identificar si es la primera vez que el paciente acude a la institución o si es subsecuente, con la finalidad de ubicar la situación de la entrevista y la forma de aplicación.

Capítulo III. Motivo de la consulta. Consta de cinco reactivos (17 a 21) que sondean las condiciones de asistencia, voluntaria o no; si desea tratamiento, si le afecta el consumo y el lugar de donde procede, en caso de haber sido referido por alguna institución. Anote la categoría en la casilla correspondiente.

Capítulo IV. Antecedentes terapéuticos y de consumo psicotrópico. Consta de 12 reactivos (22-32) que exploran datos en relación con el manejo de actitudes familiares y de otros, así como los antecedentes de interrupción y reanudación de consumo, además de los posibles tratamientos recibidos y sus resultados, así como las conductas violentas derivadas del consumo de psicotrópicos y las

consecuencias de las mismas. Responda de acuerdo con las categorías. Siga las indicaciones ya dadas para las opciones.

Capítulo V. Patrón de consumo. Consta de 117 reactivos divididos en tres secciones. La integración de la información de las secciones de este capítulo aporta un panorama amplio acerca de la situación adictiva general y particular del paciente, y es posiblemente la parte más rica del instrumento. A. Circunstancias del consumo: en esta sección de tres reactivos (33-35) se exploran las situaciones habituales del consumo de sustancias en los últimos cinco años. Psicotrópico habitual del consumo explora las sustancias consumidas en el periodo indicado. Cabe señalar que se consideran las sustancias de las que el sujeto ha abusado en este intervalo debido a que los criterios utilizados para la captación del instrumento de un tiempo mayor haría aún más compleja la información, y podría además no ser relevante para el diagnóstico actual y su tratamiento; pero en su caso habrá de explorarse posteriormente. B. Efecto de la intensidad y duración del consumo (reactivo 36); esta sección, con un único reactivo cualitativo, se incluye para indagar las situaciones más relevantes en torno a la dosis, efectos y tolerancia, que nos dará una orientación acerca de la gravedad del consumo (se refiere al abuso o dependencia). C. Dosis habitual del consumo y periodo máximo de abstinencia de psicotrópicos.

Consta de 117 reactivos divididos en tres secciones que indagan el tipo de sustancia, el uso previo, es decir, los últimos cinco años, y especialmente el uso en el último año.

La integración de la información de las tres secciones de este capítulo aporta un panorama amplio acerca de la situación adictiva general y particular del paciente.

Dosis habitual de consumo y periodo máximo de abstinencia de psicotrópicos. Esta sección comprende los reactivos P1 a P117, e incluye el consumo anterior y actual de cada una de las sustancias; el tiempo de consumo y la abstinencia. En ella se incluyen todas las sustancias posibles de consumo, por lo que todo reactivo que no proceda se cancela con el símbolo “0”. Las sustancias se encuentran numeradas con los incisos del 1 al 13, donde se requiere el llenado de la fila (horizontal) con información relativa a ese tipo de sustancia. Por ejemplo, los datos referidos sobre alcohol se llenarán en los reactivos P1 a P3, y P40 a P45.

La fila correspondiente al inciso 13 se refiere a la identificación de sustancias no incluidas en las categorías anteriores, especificándola en “Otra, Esp. __________”, que aparece en la parte inferior del cuadro. A continuación se definen y especifican los diversos conceptos de esta sección para su mejor llenado:

Uso previo. En este apartado, que abarca: Año del primer uso; Edad y uso regular, tome en cuenta las siguientes indicaciones:

Año del primer uso. Anote los dos últimos dígitos que corresponden al año en que se inició el consumo de cada sustancia.

Edad. Anote ésta en años cumplidos.

Uso regular. Considere las categorías que aparecen anotadas en la parte superior izquierda de este cuadro, tomando en cuenta los últimos cinco años, incluido el último.

Uso en el último año. Este apartado del cuadro abarca cuatro aspectos:

Dosis y periodo máximo del consumo, para consignar el número de veces que se consume cada sustancia tanto por día como en determinado tiempo (día/semana/mes).

Abstinencia máxima y actual. Número máximo de días y/o meses en que no hubo consumo de la(s) sustancia(s).

Vía de uso. Forma de administración de la(s) sustancia(s).

Fecha del último consumo, que se llenarán de acuerdo con lo siguiente:

Dosis y periodo máximo del consumo (número de veces por día/semana/mes). Para consignar el número de veces y el periodo máximo de consumo, consulte el cuadro de la parte inferior izquierda del cuadro. Considere estas categorías de acuerdo con las diferentes sustancias tal y como se indica:

Unidades/día. Anotar la cantidad de unidades correspondiente a cada sustancia consumida en un día. Cuando las unidades sugeridas en el cuadro no cumplan con la posibilidad de respuesta, anotar la(s) unidad(es) correspondiente(s).

Veces por día. Anote en cada cuadro el número de veces por día, y el tipo de unidades, que se encuentran anotadas a la izquierda (copas, botellas, ampolletas, etc. Ejemplos: 3 copas, 1 botella, 2 ampolletas, etc.). Para Nicotina, las categorías de Cigarrillos/día aparecen en la sección inferior derecha.

Periodo. Anote el número de la categoría en el cuadro de cada sustancia. Las categorías *1*. Alcohol; *7*. Cafeína y *10*. Nicotina, tienen categorías específicas que se detallan en la sección inferior izquierda del cuadro. En el resto de las sustancias las categorías son similares e incluyen la opción *11*. Otro, Esp. ________; en caso de registrar esta categoría, anote el número de la categoría (11) en el espacio de la sustancia y registre la especificación en la línea. Escriba sobre la línea el inciso de la sustancia, seguida del periodo. Ejemplo: *6*. 5/Mes. En caso de que esta categoría sea válida para más de una sustancia, siga las mismas indicaciones. Separe con coma las diversas sustancias. Ejemplo: *11*. Otro, Esp. 5. 6/mes, 7. 12/día, 10, 2 meses. Cuando la sustancia sea *10*. Nicotina, tome en cuenta los últimos años.

Abstinencia. Se divide en dos: Máxima y Actual. La abstinencia como antecedente (abstinencia máxima) se refiere al periodo máximo en que el sujeto dejó de consumir la(s) sustancia(s) en el último año. La abstinencia actual (durante el último año) se refiere a cuánto tiempo se ha suspendido el consumo

de la(s) sustancia(s) al momento de la entrevista. En ambos reactivos se considera el tiempo que opera como criterio de la CIE-10.

En el caso de que un individuo no haya consumido ninguna sustancia en el año anterior a la entrevista, la abstinencia máxima y actual será la misma. De ser así, registre la abstinencia máxima con la categoría *8* (más de un año de abstinencia) y la actual con la categoría *5* (No procede).

Para el llenado de la abstinencia máxima y actual consulte las categorías en el cuadro que aparece en la sección inferior derecha del cuadro. Anote en el cuadro de cada sustancia el número de la categoría que corresponda.

Vía de uso. Se refiere a la ruta de administración de la(s) sustancia(s). Se incluyen categorías específicas para cocaína. Para el llenado de esta sección consulte la sección inferior derecha del cuadro. Siga las mismas indicaciones cuando elija la categoría Otro, Esp.________, anotando la ruta de administración en la línea, precedida del inciso que identifica la sustancia (vía intravenosa, por ejemplo).

Fecha de último consumo. Anote con números el día, mes y año en cada espacio. Ejemplo: 01/11/00. En caso de no conocer el día exacto anote 00 en los días y especifique mes y año. Ejemplo 00/11/00.

Capítulo VI. Antecedentes familiares patológicos. Consta de 12 reactivos (37-48) que exploran los datos de afectación familiar más importantes relacionados con el consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. Consigne la respuesta de acuerdo con las categorías presentadas. Especifique en cada caso lo más detalladamente posible los datos que arroja el paciente ante la pregunta del entrevistador. Cuando se especifique la existencia de un trastorno señale el parentesco correspondiente.

Capítulo VII. Antecedentes personales patológicos. Consta de 17 reactivos (49-65) que exploran los datos de afectación individual más importantes relacionados con el consumo de psicotrópicos, consignando además otros antecedentes que puedan ser de importancia. Indague todos los antecedentes mencionados y consigne la respuesta de acuerdo con las categorías. Especifique lo más detalladamente posible los datos que arroje el entrevistado en cada uno de los casos. Si se requiere ampliar la información, remítase al capítulo XIX. Observaciones generales.

Capítulo VIII. Antecedentes psiquiátricos. Este capítulo es de especial importancia, ya que en estudios sobre comorbilidad se ha demostrado que casi 90% de los pacientes consumidores de sustancias presentan un trastorno psiquiátrico concomitante. En vista de esto es necesario explorar cada una de las secciones contenidas en este capítulo en forma cuidadosa y detallada. De esta manera, además de registrar el o los posibles antecedentes psiquiátricos del

paciente, servirá de guía para hacer los diagnósticos psiquiátricos correspondientes al reactivo 203 (Comorbilidad psiquiátrica).

Se utiliza el listado correspondiente a los trastornos mentales de la clasificación CIE-10 de la OMS; consta de 11 reactivos (66-75), que se dividen en:

F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

Esta sección incluye el delirium, las demencias, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados. La alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria, que representa un cambio del nivel previo de actividad.

En esta sección cada trastorno se debe a una enfermedad médica (aunque no se haya identificado de un modo específico) o al consumo de una sustancia (por ejemplo drogas, medicamentos o tóxicos), o a una combinación de estos factores.

El delirium se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo. La demencia se caracteriza por déficits cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias (por ejemplo debida a abuso de drogas, a medicamentos, o a la exposición a un tóxico), demencia debida a etiología múltiple o demencia no especificada (si la etiología es indeterminada).

El trastorno amnésico se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado de Trastornos amnésicos se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado.

El trastorno cognoscitivo no especificado se reserva para los cuadros clínicos que se caracterizan por alteraciones cognoscitivas presumiblemente debidas a una enfermedad médica o inducidas por sustancias.

F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.

Los trastornos relacionados con sustancias psicotrópicas incluyen aquellos relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

1. trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso);

2. trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

Todos los trastornos incluidos en esta sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria.

La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Ampliando más la definición, se incluyen otros síntomas positivos de la esquizofrenia (por ejemplo lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos: la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico compartido, el trastorno psicótico debido a enfermedad médica, el trastorno psicótico inducido por sustancias y el trastorno psicótico no especificado.

F30-F39. Trastornos del humor.

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye aquellos que tienen como característica principal una alteración del humor. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo, al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maniacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. El trastorno ciclotímico se caracteriza por un mínimo de dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (por ejemplo una agitación aguda).

F40-F49. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos.

Esta sección incluye los trastornos de ansiedad, los somatomorfos y los disociativos. Se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente por sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento en extremo traumático. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (por ejemplo trastorno de angustia).

Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios. Los principales trastornos somatomorfos son el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondria y el trastorno dismórfico corporal.

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos: la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple), el trastorno de despersonalización y el trastorno disociativo no especificado.

F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y factores somáticos.

Se incluyen los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del sueño y las disfunciones sexuales. Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa.

La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nervosa y de la bulimia nervosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología. Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia. Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento.

A su vez, estos trastornos se subdividen en disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas con el sueño, con sus fases específicas o con los momentos de transición sueño-vigilia).

El trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

El trastorno del sueño debido a una enfermedad médica consiste en alteraciones del sueño que se producen como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica sobre el sistema sueño-vigilia. El trastorno del sueño inducido por sustancias consiste en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia en particular (fármacos incluidos).

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (por ejemplo trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (por ejemplo disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (por ejemplo dispareunia y vaginismo),

disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

F60-F69. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

En esta sección se incluyen los trastornos específicos de la personalidad, los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, los trastornos de la identidad sexual, así como los trastornos de las inclinaciones sexuales (parafilias).

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación.

El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Trastornos del control de los impulsos. La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos de esta sección el

individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto, y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa.

En esta sección se incluyen los trastornos que a continuación se señalan.

Trastorno explosivo intermitente. Se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

Cleptomanía. Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.

Piromanía. Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.

Juego patológico. Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.

Tricotilomanía. Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión; provoca una perceptible pérdida de pelo.

Parafilias. La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban objetos no humanos; el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja; niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un periodo de al menos seis meses.

Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafílico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual.

En otros casos las preferencias de tipo parafílico se presentan sólo episódicamente (por ejemplo durante periodos de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo.

El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los parafílicos pueden intentar la representación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja, con resultados peligrosos para ella (como en el sadismo sexual o en la paidofilia).

Como consecuencia de lo anterior, el individuo puede ser detenido y encarcelado. Las ofensas sexuales hacia los niños constituyen una proporción significativa de los actos sexuales criminales documentados, y los individuos que padecen exhibicionismo, paidofilia y voyeurismo comprenden la mayoría de los procesados por delitos sexuales.

En algunas situaciones la representación de fantasías de tipo parafílico puede conducir a autolesiones (como el masoquismo sexual). Las parafilias incluyen el exhibicionismo (exposición de los genitales), el fetichismo (empleo de objetos inanimados), el frotteurismo (contactos y roces con una persona en contra de su voluntad), la paidofilia (interés por niños en edad prepuberal), el masoquismo sexual (recibir humillaciones o sufrimientos), el sadismo sexual (infligir humillaciones o sufrimientos), el fetichismo transvestista (vestirse con ropas del sexo contrario) y el voyeurismo (observación de la actividad sexual de otras personas).

Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo.

F70-F79. Retraso mental.

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones importantes de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central. La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia, administrados individualmente. Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70.

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo), y profundo.

F70. 9 Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.

F71. 9 Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55.

F72. 9 Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40.

F73. 9 Retraso mental profundo: CI inferior a 20 o 25.

F79. 9 Retraso mental de gravedad no especificada; es una categoría que puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los tests usuales (por ejemplo en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños).

F80-F89. Trastornos del desarrollo psicológico.

Se incluyen entre éstos los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar, el

trastorno específico del desarrollo psicomotor y los trastornos generalizados del desarrollo.

Trastornos de la comunicación. Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

Trastornos generalizados del desarrollo.

Estos trastornos se caracterizan por déficit grave y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente.

Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente con el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura. Los trastornos del aprendizaje pueden asociarse con desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales.

Trastorno de las habilidades motrices. Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motriz que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Los trastornos específicos incluidos en este apartado son trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

F90-F98. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

Trastornos de tics. Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: trastorno de Gilles de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.

Trastornos de la eliminación. Se incluye la encopresis, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados: el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo y el trastorno reactivo de la vinculación.

F99. Trastorno mental sin especificación.

Capítulo IX. Antecedentes ginecobstétricos, que consta de cinco reactivos (77 a 81), en los que se indagan ciclo menstrual y antecedentes gestacionales. Considere lo siguiente para las categorías que se indican: registre la edad de la menarca en la línea correspondiente, es decir, el número de años cumplidos al momento del primer sangrado menstrual. Considere número de embarazos, partos, abortos, cesáreas, muerte fetal *in utero* y muerte perinatal, así como el número de hijos procreados. Fecha de última menstruación: registre la fecha comenzando por el día, posteriormente el mes y el año. Eumenorrea: se refiere a ciclos regulares de 28 a 30 días con duración de tres a cinco días por ocasión. Amenorrea: es la ausencia de más de una menstruación. Dismenorrea: es la alteración, como dolor e irregularidad menstrual o reglas con mayor intensidad. Climatérica: se aplica a la ausencia fisiológica de menstruación. Para la segunda parte de este reactivo, señale con número los datos ginecobstétricos. *78.* Relación sexual durante el embarazo. La categoría Sí, Esp.____________, se designa para el conocimiento de la frecuencia coital y la edad (trimestre del embarazo) en la que ocurre. *79.* ¿Consumió psicotrópicos durante el embarazo? En este reactivo existe la categoría: Sí, Esp.____________, considerada para anotar la sustancia utilizada y la edad (trimestre del embarazo).

Aunque interesa investigar especialmente el uso de psicotrópicos, es de utilidad señalar otras sustancias no psicotrópicas consumidas. *80.* ¿Cuántas parejas ha tenido? Registre el número de parejas que ha tenido el paciente en los últimos cinco años. *81.* ¿Cuántos hijos ha tenido? En este reactivo es importante registrar el número total de hijos que ha tenido el paciente, en relación con el número de parejas que haya tenido.

Capítulo X. Otros antecedentes personales; consta de seis reactivos (82 a 87) en los que se exploran los datos higiénicos, alimentarios y recreacionales. Consigne la respuesta de acuerdo con las categorías, en la inteligencia de que tanto la higiene personal como la habitacional y la deficiencia alimentaria son difíciles de evaluar objetivamente y quedan a la apreciación del clínico, a efecto de completar el estudio, ya que en algunos casos son datos definitivos para el conocimiento global del paciente.

Capítulo XI. Antecedentes del desarrollo y otros. Comprende tres reactivos (88 a 90), en el primero de los cuales se investiga sobre perinatales; en el segundo, sobre antecedentes de anormalidades del desarrollo, y en el tercero, maltrato físico y emocional en la infancia. Los antecedentes perinatales abarcan el periodo de gestación y un mes más después del nacimiento. Considere cualquier problema comprendido en este periodo.

Trastornos del desarrollo: explore la presencia de trastornos más importantes, tales como: trastornos del crecimiento, de la alimentación, del lenguaje, del sueño, de la eliminación, de la locomoción y del juego; las relaciones con los padres, noción del no, ansiedad de separación, fobia escolar, etcétera.

Maltrato psicofísico en la infancia: indague y registre cualquier forma indicativa de maltrato. Explore la presencia de golpes, castigos, descalificación, o amenazas o injurias.

Capítulo XII. Antecedentes de conducta sexual actual y de alto riesgo; consta de tres secciones en las que se distribuyen 19 reactivos (91 a 109); la primera parte, *A)* Conductas sexuales y de alto riesgo, comprende ocho reactivos sobre la educación sexual, prácticas masturbatorias, presencia de temores y otras condiciones relacionadas con la vida sexual de los pacientes. Por su parte, el uso regular de condón en los últimos cinco años es un reactivo preventivo importante también. La segunda sección, *B)* Incorpora a sus prácticas, consta de dos reactivos dirigidos a detectar algunas prácticas sexuales de alto riesgo como indicadores indirectos de posibles conductas de riesgo a la salud que hacen necesaria la tipificación de la infección por VIH, en caso de que la respuesta fuera positiva. Por último, *C)* Síndromes específicos de la sexualidad, incluye nueve reactivos que exploran la patología sexual por áreas.

A. Conductas sexuales y de alto riesgo. Esta sección comprende ocho reactivos (91 a 98). Consigne las respuestas según las categorías. En los reactivos en que se soliciten edades, anótelas en número de años cumplidos. Si el reactivo tiene más casillas de las necesarias, siga las mismas indicaciones dadas con anterioridad para cancelar las casillas de la izquierda que no se utilizan. Recuerde cancelar con el símbolo “0”.

Dado que en esta sección se manejan diversas situaciones de la conducta sexual, a continuación se definen y especifican los criterios para los reactivos. *91.* Abuso sexual en la infancia. Al explorar este reactivo considere situaciones como acoso, abuso, estupro, incesto y violación. *92.* Recibió información. Registre según respuesta de acuerdo con las categorías. Para el caso “ambos, especificar” anote en secuencia según el orden cronológico aproximado en el que sucedió la información recibida sobre la sexualidad. *93.* Edad de la primera eyaculación. Registre la edad en años cumplidos en la casilla correspondiente. *94.* Edad primera experiencia coital. Registre la edad en años cumplidos en la casilla

correspondiente. Elija la categoría "No procede" cuando no exista experiencia sexual ninguna. *95.* Fisiología sexual habitual. *96.* Número de parejas sexuales en los últimos cinco años. *97.* Consumo de drogas y actividad sexual. Registre según respuesta de acuerdo con las categorías cuando el entrevistado en el pasado o actualmente consuma sustancias psicotrópicas de manera regular como parte de su actividad sexual. Este reactivo es decisivo para la aplicación del formato de tipificación de riesgo de infección por VIH. *98.* ¿Con qué frecuencia utiliza condón en sus relaciones sexuales? Se solicita la especificación de las conductas de alto riesgo para la salud cuando existe irregularidad en el uso del condón.

B. Incorpora a sus prácticas. Es una pequeña parte de la sección que contiene dos reactivos (99 y 100). *99.* Uso anticonceptivos regular. Por dependiente del coito se entiende la técnica o método supeditada a la actividad sexual, como el uso de diafragmas, condones, jaleas. *100.* Tipo de práctica sexual.

C. Síndromes específicos. Este apartado contiene nueve reactivos (101 a 109) que exploran los síndromes de la patología sexual tales como *a)* trastornos de la identidad, *b)* disfunciones sexuales de origen no orgánico, y *c)* otros trastornos de las inclinaciones sexuales, los trastornos psicológicos y de la conducta sexual, la orientación sexual egodistónica y los trastornos de la relación sexual. Registre según respuesta de acuerdo con las categorías, siempre y cuando hayan sucedido en el curso de los últimos dos años de la vida del paciente. En estos reactivos se considera la categoría No procede, dada la prevalencia de edad, sexo o circunstancia de cada una de las situaciones que se investigan. *101.* ¿Malestar o inadecuación con su sexo anatómico? Explora la condición del paciente independientemente de que su malestar ocurra fuera de la actividad (sexual) coital. Es decir, el individuo no tiene que realizar actividad sexual ninguna para manifestarlo.

De hecho no es raro que tal malestar se dé indistintamente dentro y fuera de ella, pero si sólo se manifiesta durante la ausencia de actividad sexual la respuesta se considera aún más valiosa, ya que tipifica mayormente la condición que se explora. *102.* ¿Usa ropa del sexo complementario? Explora el posible vínculo existente o inexistente del uso de ciertas ropas con o sin actividad coital; por lo tanto habrá de especificarse bajo cuál de las circunstancias ocurre. *103.* ¿Exposición genital a desconocidos? Tal especificación se refiere al sexo y edad de las víctimas y cabe mencionar que muy raramente ocurre vínculo sexual entre el expositor y su(s) víctima(s). *104.* Observa relación de otros. La especificación se refiere al sexo, circunstancias y vínculo personal con los individuos observados. Como en el reactivo anterior, cabe señalar que muy raramente ocurre vínculo sexual entre el observador y su(s) observado(s). *105.* ¿Falta de deseo de más de un año de duración? Este reactivo es muy importante, ya que relaciona la disminución del deseo sexual y el consumo de psicotrópicos. *106.* ¿Relación sexual con sufrimiento o malestar? La especificación se refiere a la

condición de si el sujeto experimenta malestar o sufrimiento emocional (angustia, miedo, etc.) durante la relación sexual. *107.* ¿Relaciones sexuales inusuales? Se refiere a aquella variedad de inclinación sexual anormal y rara, como las llamadas telefónicas obscenas, el frotteurismo (frotar los genitales o hacer tocamientos en el cuerpo de una persona desconocida, en lugar inapropiado, como el camión, la calle, etc.). *108.* ¿Relación sexual con prepúberes? La especificación se refiere al sexo, número de parejas y frecuencia de relaciones tenidas. *109.* ¿Alguna repercusión sexual por uso de psicotrópicos? Especificar la circunstancia y la conducta sexual tenida.

Capítulo XIII. Interrogatorio por aparatos y sistemas. Consta de 11 reactivos (110 a 120) que exploran de modo general los datos más relevantes de la sintomatología relacionada con las adicciones existente en el último año. Registre las respuestas de acuerdo con las categorías y enuncie las alteraciones encontradas de acuerdo con su importancia. En caso de tener información adicional o más específica, como por ejemplo en presencia de alguna enfermedad aguda, operación o tratamiento sucedido en el lapso estipulado, considere esta información para ampliarla en el capítulo XIX, Observaciones generales.

Capítulo XIV. Exploración mental. Consta de seis secciones que incluyen 29 reactivos (121 a 149), que exploran las alteraciones más destacadas del estado mental del individuo al momento de la entrevista. Considere aspectos del *habitus* exterior como tipo de paciente, aseo y aliño, postura, actitud hacia la entrevista y edad aparente en relación con la cronológica. *126.* Disártrico: alteración en la articulación de la palabra. *127.* Dislálico: alteración en la emisión de la palabra (fonema). Registre también si el discurso es espontáneo, coherente y congruente o reiterativo. Esta sección es importante ya que nos da información sobre el estado del paciente (intoxicación, abstinencia, cuadro orgánico, etc.). *132.* Alteración de la conciencia. Registre según el listado. *133.* Atención. Es la capacidad voluntaria e involuntaria del individuo que le hace sostener su interés en un asunto particular para distraerse. Hiperprosexia: es el aumento en la vigilancia o la atención volitiva. Hipoprosexia: es la disminución en la vigilancia o la atención volitiva.

Registre también la capacidad de concentración y el estado de orientación. Los anteriores reactivos son muy importantes para descartar un cuadro de intoxicación aguda o cuadros de abstinencia graves como el delirium tremens. *137.* Ilusiones. Son las percepciones falsas con la presencia de un objeto, por ejemplo el paciente puede percibir un lápiz como un cuchillo que lo amenaza. *138.* Alucinaciones. Se refiere a la percepción falsa sin estímulo.

Alteraciones del pensamiento y juicio. Del pensamiento se estudian tres aspectos: la forma, el curso y el contenido. Dentro de la forma codifique de acuerdo con el tipo de pensamiento que exprese el paciente durante su discurso.

La velocidad del pensamiento nos orienta en adicciones al tipo de droga que el paciente esté ingiriendo si en el momento de la entrevista se encuentra intoxicado; por ejemplo, una persona que ingiere crónicamente benzodiacepinas presenta bradipsiquia (velocidad lenta del curso del pensamiento), así como un paciente que ingiere estimulantes generalmente presenta taquipsiquia (aumento de la velocidad del curso del pensamiento).

Dentro del contenido del pensamiento se exploran los tipos de ideas, que pueden ser dos: obsesivas y delirantes. Las obsesivas son aquellas que el paciente refiere como "parásitas", irracionales, causantes de ansiedad, pero hace un juicio de realidad en torno a ellas; en cambio, en la idea delirante el paciente, a pesar de que esta idea es irracional, fuera del contexto de realidad, no la enjuicia. Registre en las preguntas 142, 143 y 144 de acuerdo con los hallazgos que encuentre durante la entrevista. Alteraciones del estado afectivo (reactivos 145 a 149). *145*. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). *146*. La distimia se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. *147*. Trastorno bipolar. El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maniacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. *148*. El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. *149*. Se refiere al cuadro depresivo que se presenta como respuesta a un factor tensional importante para la vida del individuo (por ejemplo separación de la pareja, problemas económicos, pérdida del trabajo, etcétera).

Capítulo XV. Exploración física. Consta de nueve secciones que incluyen 48 reactivos (150 a 198), de los cuales dos exploran la antropometría. La exploración neurológica, por su parte, consta de 35 reactivos referentes a la condición neurológica del entrevistado. La exploración clínica rutinaria considera cuatro elementos: inspección, palpación, percusión y auscultación. Registre estatura, peso y signos vitales según medición y exploración.

Capítulo XVI. Diagnóstico. Consta de cinco reactivos (199 a 203), en los que se exploran todas las posibilidades de afectación factibles (intoxicación, abuso, adicción, delirium, etc.) de acuerdo con la CIE-10; el tipo de sustancia(s) probable(s) que producen o no dependencia y el grado de ésta(s). Paralelamente

se enfatiza la importancia del registro de la comorbilidad psiquiátrica para conocer las entidades responsables, concomitantes o derivadas de la adicción.

199. Tipo de afectación. En éste se registran cinco tipos de afectación: A. el diagnóstico, las sustancias responsables, el grado o intensidad de la dependencia, los códigos nosológicos de la CIE-10 y la comorbilidad psiquiátrica. B. En Psicotrópico responsable se incluyen tanto sustancias psicotrópicas como no psicotrópicas, conocidas o desconocidas. C. En Grado de la dependencia estas categorías corresponden igualmente a la CIE-10 y están destinadas para que el clínico comunique su apreciación cualitativa en apoyo al diagnóstico global de la entidad.

Comorbilidad psiquiátrica son los diagnósticos concomitantes a la adicción que hacen más comprensible la entidad desde el punto de vista diagnóstico, los cuales, por cierto, casi nunca se registran sistemáticamente en las historias clínicas e interrogatorios médicos de las unidades clínicas del país. En cualquier caso, éstos se consideran de capital significado para la comprensión global de los casos, así como para la epidemiología del problema y especialmente para el significado y alcances de este texto.

Capítulo XVII. Indicaciones terapéuticas. Consta de un reactivo (204) que proporciona las siete opciones terapéuticas avaladas internacionalmente por los organismos profesionales para el manejo de los casos. Opciones de manejo. Registre según criterio de acuerdo con las categorías.

Capítulo XVIII. Pronóstico. Consta de un reactivo (205) en el cual se anota la condición global de la severidad al momento de la admisión. Registre la(s) categoría(s) a criterio del entrevistador. Especifique en las líneas a continuación el argumento del criterio dado.

Capítulo XIX. Observaciones generales. Consta de siete reactivos (206 a 212), en los que se registra la impresión respecto del paciente: sobre el rendimiento intelectual, su capacidad de análisis y síntesis, introspección, conciencia de enfermedad, credibilidad de la información y actitud tenida ante el interrogatorio y la exploración, así como las observaciones sobre la actividad del registro y otras pertinentes al diagnóstico, pronóstico y manejo del caso.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones*

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. UNIDAD DE SERVICIO: ______		**2.** FECHA Día Mes Año
3. NOMBRE Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)		**4.** SEXO [ ] 1. Masculino 2. Femenino
5. DOMICILIO Calle Colonia Delegación o municipio Código postal		**6.** TELÉFONO Lada internacional o nacional Núm. teléfono
7. TIEMPO DE RESIDENCIA Años Meses	**8. EDAD** Años	**9.** FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
10. LUGAR DE ORIGEN [ ] 1. México, D. F. 2. Estado 3. Otro, esp.	**11. RELIGIÓN** [ ] 1. Católica 2. Ninguna 3.Otra, esp.	**12. ESTADO CIVIL** [ ] 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo 7. Otro, esp. 8. Ambos, Esp.
13. ESCOLARIDAD [ ][ ] 1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Preparatoria completa 9. Profesional incompleta 10. Profesional completa 11. Estudios comerciales 12. Estudios técnicos 13. Otro, Esp.	**14. OCUPACIÓN** [ ][ ] 1. Profesional 2. Empresario directivo 3. Burócrata no profesional ni directivo 4. Empleado iniciativa privada 5. Comercio en pequeño 6. Oficio mayor (obrero) 7. Oficio menor (asistente) 8. Agricultor 9. Labores domésticas 10. Empleo esporádico o desempleo 11. estudiante 12. Otra, Esp. 13. Ambas Esp.	**15. ¿CON QUIÉN VIVE?** [ ] 1. Solo 2. Cónyuge 3. Cónyuge e hijos 4. Cónyuge, hijos y otros familiares 5. Padres (uno, otro o ambos) 6. Otro, Esp.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

16. ¿HA TENIDO CONTACTO PREVIO CON LA INSTITUCIÓN? [ ]
1. Sí ______________________
2. No

MOTIVO DE CONSULTA

17. MOTIVO DE CONSULTA ______________________

18. ¿ACUDE VOLUNTARIAMENTE? [ ] **1. SÍ** **2. No, esp.**	19. ¿EN QUÉ LE AFECTA SU CONSUMO? [ ] **1. Salud** **2. Familia** **3. Escuela** **4. Trabajo** **5. Socio legal** **6. Ninguno** **7. Ambos, esp.** **8. Otro, esp.**	20. ¿DESEA RECIBIR TRATAMIENTO? [ ] **1. Sí, esp.** **2. No, esp.**

21. INSTITUCIÓN DE REFERENCIA [ ]

1. Personal
2. Familiar
3. FINCA
4. Comunicación social
5. Sector educativo
6. Sector laboral
7. Secretaría de Salud
8. IMSS
9. ISSSTE
10. DIF
11. Pemex
12. Institución privada
13. Hospital psiquiátrico
14. CONADIC
15. PGR
16. Consejo tutelar
17. PGJDF
18. Reclusorios fuero común
19. Reclusorios fuero federal
20. Grupo de ayuda mutua
21. ISSADF
22. ONG
23. No procede
24. Otra, esp.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

ANTECEDENTES TERAPÉUTICOS Y DEL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS

22. ¿A QUÉ EDAD RECIBIO EL PRIMER TRATAMIENTO?	**23.** ¿EN DÓNDE LO ATENDIERON? **1. Consulta externa privada** **2. Consulta externa pública** **3. Hospitalización privada** **4. Hospitalización pública** **5. Anexos** **6. No procede** **7. Otro, esp.** **8. Ambos, esp.**	**24.** ¿CUÁNTAS CONSULTAS RECIBIO EN EL ÚLTIMO AÑO? **En caso de hospitalización en el año** **Núm. de noches** **Tiempo promedio de estancia**
25. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? **1. Sí.** **2. No, Esp**	**26. ¿POR QUÉ CONSIDERA QUE EL ÚLTIMO TRATAMIENTO NO FUNCIONÓ?**	**27.** ¿HA INTERRUMPIDO Y/O REANUDADO EL CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EN EL AÑO? **1. Sí, esp.** **2. No**
28. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN DEL CONSUMO? 1. Voluntario 2. Salud 3. Familiar 4. Laboral 5. Legal 6. Tratamiento 7. No procede 8. Otro, esp. 9. Ambos, esp. Esp.	**29. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE LA REANUDACION DEL CONSUMO?** 1. Voluntario 2. Salud 3. Familiar 4. Laboral 5. Legal 6. Tratamiento 7. No procede 8. Otro, esp. 9. Ambos, esp. Esp.	**30. ANTE SU CONSUMO, ¿CUÁL ES LA ACTITUD DE?:** PAREJA / FAMILIA COMPAÑERO / AUTORIDADES 1. Aceptación 2. Rechazo 3. Ambivalencia 4. Indiferencia 5. Ignorancia 6. No procede
31. ¿EXISTE VIOLENCIA FAMILIAR POR SU RELACIÓN CON EL CONSUMO? 1. Sí 2. No 3. No procede	**32. ¿HA TENIDO ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CONSUMO?** 1. Sí 2. No 3. No procede	**33. ¿HA PROVOCADO HECHOS VIOLENTOS POR SU CONSUMO?** 1. Sí 2. No 3. No procede

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

PATRÓN DE CONSUMO

A. CIRCUNSTANCIAS DEL CONSUMO		
34. ¿HABITUALMENTE EN QUÉ LUGAR CONSUME? ☐ 1. Calle 2. Casa 3. Escuela 4. Trabajo 5. Otro, esp. 6. Ambos, esp.	**35. ¿CON QUIÉN(ES) CONSUME?** ☐ 1. Ninguno 2. Desconocido 3. Conocidos 4. Amigos 5. Pareja 6. Familiar 7. Otro, esp. 8. Ambos, esp.	**36. ¿A QUÉ ATRIBUYE EL MOTIVO DE SU CONSUMO?** ☐
B. EFECTO DE LA INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL CONSUMO		
37. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO NOTÓ USTED QUE NECESITÓ MAYOR DOSIS PARA SENTIR LOS MISMOS EFECTOS? ☐ **1. 1 mes** **2. 3 meses** **3. 6 meses**	**4. 1 año** **5. más de un año** **6. no procede**	

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

C. DOSIS HABITUAL DEL CONSUMO Y PERIODO MÁXIMO DE ABSTINENCIA DE PSICOTRÓPICOS

TIPO ALCOHOL: Fermentados (vino, cerveza, pulque)
Destilados (brandy, vodka, ron)
Alcohol 96°

* CATEGORÍAS DE USO REGULAR
1. 1/mes
2. 1/ semana
3. 2-3/semana
4. + 3/semana
5. 1/día
6. 2-3/día
7. + 3/ día

PARA CANCELAR CUALQUIER REACTIVO USE EL SÍMBOLO "0"

	USO PREVIO			USO EN EL ÚLTIMO AÑO						
	AÑO DEL PRIMER. USO		*USO REGULAR	**DOSIS Y PERIODO MÁXIMO DEL CONSUMO (Núm. veces x día/ semana/mes)			ABSTI-NENCIA		*** VÍA DE USO ADMINISTRACIÓN	ÚLTIMO CONSUMO
SUSTANCIA	AÑO	EDAD		Unidades/Día	Veces/Día	Periodo	Máxima	Actual		FECHA
1) ALCOHOL 36. TIPO:	P1.	P2.	P3.	Copas Botellas	P40.	P41.	P42.	P43.	P44.	P45.
2) OPIÁCEOS, HEROÍNA, OTROS	P4.	P5.	P6.	Ampolletas Comprimidos	P46.	P47.	P48.	P49.	P50.	P51.
3) MARIGUANA	P7.	P8.	P9.	Cigarrillos	P52.	P53.	P54.	P55.	P56.	P57.
4) SEDANTES HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS	P10.	P11.	P12.	Comprimidos Cápsulas Grageas	P58.	P59.	P60.	P61.	P62.	P63.
5) COCAÍNA	P13.	P14.	P15.	Grapa Envoltorio	P64.	P65.	P66.	P67.	P68.	P69.
6) ANFETAMÍNICOS ÉXTASIS (TACHA)	P16.	P17.	P18.	Comprimidos Cápsulas Grageas	P70.	P71.	P72.	P73.	P74.	P75.
7) CAFEÍNA	P19.	P20.	P21.	Tazas	P76.	P77.	P78.	P79.	P80.	P81.
8) ALUCINÓGENOS	P22.	P23.	P24.	Hongos	P82.	P83.	P84.	P85.	P86.	P87.
9) FENILCICLIDINA PCP	P25.	P26.	P27.		P88.	P89.	P90.	P91.	P92.	P93.
10) NICOTINA	P28.	P29.	P30.	ÚLTIMOS 10 AÑOS Cigarrillos	P94.	P95.	P96.	P97.	P98.	P99.
11) DISOLVENTES VOLÁTILES	P31.	P32.	P33.	Estopa, Bolsa, etc.	P100.	P101.	P102.	P103.	P104.	P105.
12) ANTIPARKIN - SÓNICOS	P34.	P35.	P36.	Tabletas Comprimidos Grageas	P106.	P107.	P108.	P109.	P110.	P111.
13) OTRAS SUSTANCIAS ESP.	P37.	P38.	P39.	Comprimidos Grageas Cápsulas Ampolletas	P112.	P113.	P114.	P115.	P116.	P117.

**** CATEGORÍAS PERIODO MÁXIMO DEL CONSUMO**

ALCOHOL
1. 0-3 días 2. 4-7 días 3. 8-15 días 4. 16-30 días
5. 1-3 meses 6. 3-6/meses 7. 6-12 meses 8. No procede

OPIÁCEOS; MARIGUANA; SEDANTES, HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS; COCAÍNA; ANFETAMÍNICOS, FENILCICLIDINA; DISOLVENTES VOLÁTILES; ANTIPARKINSÓNICOS; OTRAS SUSTANCIAS CONOCIDAS Y /O DESCONOCIDAS:
1. 1/ día 2. 2-3/día 3. + 3/día 4. 1/ semana 5. 2-3/ semana
6. + 3/ semana 7. 1/ mes 8. 2-3/ mes 9. + 3/ mes 10. No procede
11. Otro, esp.

CAFEÍNA TAZAS/DÍA
1. 1-3/ Día 2. 4-6/ Día 3. 6-9/ Día 4. + 10/Día 5. No Procede

NICOTINA (ÚLTIMOS 10 AÑOS)
1. < 6 meses 2, 6-12 meses 3. 1-2 años 4. 2-3 años 5. 3-4 años
6. 4-5 años 7. 5-10 años 8. + 10 años 9. No procede

CATEGORÍAS CIGARRILLOS/DÍA (NICOTINA)
1. 1-5 2. 6-10 3. 11-15 4. 16-20
5. 21-30 6. 31-40 7. + 40 8. No procede

CATEGORÍAS MÁXIMA ABSTINENCIA ÚLTIMO AÑO:
1. 0-3 Días 2. 4-7 Días 3. 8-15 Días 4. 16-30 Días
5. 1-3 Meses 6. 3-6 Meses 7. 6-12 Meses 8. No Procede

CATEGORÍAS ABSTINENCIA ACTUAL
1. 0-3 Días 2. 4-7 Días 3. 8-15 Días 4. 16-30 Días
5. No Procede

***** CATEGORÍAS VÍA DE USO**
1. Oral 2. Inhalada 3. Fumada 4. Intramuscular
5. Intravenosa 6. Sublingual 7. Tópica
8. Otro, esp.

(FORMA HABITUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA)
1. Inhalada 2. Fumada 3. Inyectada 4. Crack
5. Otra, esp. 6. Ambos, esp.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

38.	**TUMORALES**		**42.**	**INFECCIOSOS**		**46.**	**PSIQUIÁTRICOS**	
39.	**ENDÓCRINOS**		**43.**	**NEUROLÓGICOS**		**47.**	**ADICTIVOS**	
40.	**CARDIORRESPIRATORIOS**		**44.**	**MUSCULOESQUELÉTICOS**		**48.**	**SEXUALES**	
41.	**VASCULARES**		**45.**	**GENÉTICOS**		**49.**	**ALÉRGICOS**	

1. No, 2 . Sí, especifique:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

50.	**TUMORALES**		**57.**	**VENÉREOS**		**64.**	**CONGÉNITOS**	
51.	**ENDÓCRINOS**		**58.**	**URINARIOS**		**65.**	**TRANSFUSIONALES**	
52.	**CARDIORRESPIRATORIOS**		**59.**	**ALÉRGICOS**		**66.**	**DERMATOLÓGICOS**	
53.	**GASTROINTESTINALES**		**60.**	**QUIRÚRGICOS**				
54.	**VASCULARES**		**61.**	**TRAUMÁTICOS**				
55.	**NEUROLÓGICOS**		**62.**	**INFECCIOSOS**				
56.	**MUSCULOESQUELÉTICOS**		**63.**	**GENÉTICOS**				

1. No, 2. SÍ, especifique:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

67.	F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos		**71.**	F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos		**75.**	F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	
68.	F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes		**72.**	F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto		**76.**	F99 Trastorno mental sin especificación	
69.	F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)		**73.**	F70-F79 Retraso mental		**77.**	Ambos	
70.	F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos		**74.**	F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico				

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

78. ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS ☐ **1. Eumenorreica** **2. Amenorreica** **3. Dismenorreica** **4. Climatérica** **5. No procede**	**Edad de la menarca** **Gesta** **Para** **Abortos** **Cesáreas** **Óbitos** **Muerte perinatal** **Número de hijos procreados** **Fecha de última menstruación**
79. ¿RELACIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO? ☐ **1. No** **2. Sí, esp.** **3. No procede**	**80.** ¿CONSUMIÓ USTED SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS? ☐ **1. Alcohol** **2. Tabaco** **3. Otros psicotrópicos, esp.** **4. No procede**
81. ¿CUÁNTAS PAREJAS HA TENIDO? ☐☐	**82.** ¿CUÁNTOS HIJOS HA TENIDO? **1. Con pareja actual** **2. Con pareja anterior** **3. Extramatrimonial** **4. En gestación** **5. Ambos, esp.** **No procede**

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

OTROS ANTECEDENTES PERSONALES

83. ¿CÓMO ES SU HIGIENE PERSONAL? ☐ **1. Buena** **2. Regular** **3. Mala**	**84.** ¿CÓMO ES SU HIGIENE HABITACIONAL? ☐ **1. Buena** **2. Regular** **3. Mala**	**85.** ¿CÓMO ES SU ALIMENTACIÓN? ☐ **1. Buena** **2. Regular** **3. Mala** **Esp.** ________
86. USO DEL TIEMPO LIBRE ☐ **1. Recreativas** **2. Culturales** **3. Deportivas** **4. Otro, esp.** **5. Ambos, esp.** **6. No procede**	**87.** ¿CON QUÉ FRECUENCIA? ☐ **1 Diariamente** **2. + 3 / semana** **3. 2-3 / semana** **4. 1 /semana** **5. No procede**	**88.** INMUNIZACIONES ☐ **1. No** **2. Se desconocen** **3. Sí, esp.**

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO Y OTROS

89. PERINATALES ☐ **1. Distocia** **2. Hipoxia** **3. Cefalohematoma** **4. Ictericia** **5. Desnutrición** **6. Otros, esp.** **7. Peso al nacer** **8. Desconoce** **9. Ambos, esp.**	**90.** PROBLEMAS DEL DESARROLLO: ☐ **1. Psicomotricidad** **2. Retraso mental** **3. Trastornos por ansiedad de separación** **4. Trastornos del aprendizaje** **5. Trastornos del lenguaje** **6. Trastornos de los esfínteres** **7. Déficit de atención** **8. Trastornos alimentarios** **9. Trastornos del dormir** **10. Conducta temeraria** **11. Tics** **12. Crueldad con los animales** **13. Robos** **14. Desobediencia patológica** **15. Mitomanía** **16. Otro, esp.** **17. Ambos, esp.**	**91.** MALTRATO PSICOFÍSICO EN LA INFANCIA ☐ **1. No** **2. Sí, esp.**

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

ANTECEDENTES DE CONDUCTA SEXUAL ACTUAL Y DE ALTO RIESGO

A. SEÑALAR LAS CONDUCTAS SEXUALES Y DE ALTO RIESGO		
92. ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA **1. No** **2. Sí, esp.**	**93.** ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN? **1. No** **2. Padre(s)** **3. Maestro(s)** **4. Amigo(s)** **5. Otro(s) familiar(es)** **6. Sacerdote** **7. Otro, esp.** **8. Ambos, esp.**	**94.** EDAD DE LA PRIMERA EYACULACIÓN **1. No procede**
95. EDAD PRIMERA EXPERIENCIA COITAL **1. No procede** **2. ¿A los cuántos años?**	**96.** FISIOLOGÍA SEXUAL HABITUAL **1. Orgásmico** **2. Anorgásmico** **3. Se ignora** **4 No procede**	**97.** NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS 5 AÑOS
98. CONSUMO DE DROGAS Y ACTIVIDAD SEXUAL **1. Nunca** **2. Ocasionalmente** **3. Casi siempre** **4. Siempre**	**99.** ¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA CONDÓN EN SUS RELACIONES SEXUALES? **1. Siempre** **2. Nunca** **3. Casi siempre**	
B. INCORPORA A SUS PRÁCTICAS		
100. USO ANTICONCEPTIVOS REGULAR **1. Dependiente del coito** **2. Independiente del coito** **3. No** **4. No procede**	**101.** TIPO DE PRÁCTICA SEXUAL **1. No** **2. Sí, esp.** **3. No procede**	
APLICAR TIPIFICACIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH O CANALIZACIÓN A CONASIDA **VER FORMATO CORRESPONDIENTE**		
C. SÍNDROMES ESPECÍFICOS		
102. ¿MALESTAR O INADECUACIÓN CON SU SEXO ANATÓMICO? **1. No** **2. Sí, esp.**	**103.** ¿USA ROPA DEL SEXO OPUESTO? **1. No** **2. Sí, esp.**	**104.** ¿EXPOSICIÓN GENITAL A DESCONOCIDOS? **1. No** **2. Sí, esp.**
105. ¿OBSERVA LA RELACIÓN SEXUAL DE OTROS? **1. No** **2. Sí, esp.**	**106.** ¿FALTA DE DESEO DE MÁS DE UN AÑO DE DURACIÓN? **1. No** **2. Sí**	**107.** ¿RELACIÓN SEXUAL CON SUFRIMIENTO O MALESTAR? **1. No** **2. Sí, esp.** **3. No procede**
108. ¿RELACIONES SEXUALES INUSUALES? **1. No** **2. Sí, esp.** **3. No procede**	**109.** ¿RELACIÓN SEXUAL CON PREPÚBERES? **1. No** **2. Sí, esp.**	**110.** ¿ALGUNA REPERCUSIÓN SEXUAL POR USO DE PSICOTRÓPICOS? **1. No** **2. Sí, esp.**

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Sintomatología en el año		
111. **ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS** ☐	115. **CARDIOVASCULAR** ☐	119. **MENTAL** ☐
112. **MUSCULOESQUÉLETICO** ☐	116. **ENDÓCRINO** ☐	120. **UROLÓGICO** ☐
113. **RESPIRATORIO** ☐	117. **GINECOLÓGICO** ☐	121. **ACCIDENTES** ☐
114. **GASTROINTESTINAL** ☐	118. **NEUROLÓGICO** ☐	☐
1. No **2. Sí, especifique:**		

EXPLORACIÓN MENTAL

(Sólo alteraciones)		
122. **TIPO DE PACIENTE** ☐ 1. Ambulatorio 2. Internamientos	123. **ASEO Y ALIÑO** ☐ 1. Sí 2. No	124. **POSTURA** 1. Libre 2. Forzada
125. **ACTITUD EN LA ENTREVISTA** ☐ 1. Coopera 2. No coopera	126. **EDAD APARENTE** ☐ 1. Menor 2. Igual 3. Mayor	
SEÑALE EL TIPO DE LENGUAJE Y DISCURSO		
127. **DISÁRTRICO** ☐ 1. Sí 2. No	128. **DISLÁLICO** ☐ 1. Sí 2. No	129. **ESPONTÁNEO** ☐ 1. Sí 2. No
130. **COHERENTE** ☐ 1. Sí 2. No	131. **CONGRUENTE** ☐ 1. Sí 2. No	132. **REITERATIVO** ☐ 1. Sí 2. No
SEÑALE EL ESTADO DE CONCIENCIA		
133. **ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA** ☐ 1. Somnolencia leve 2. Obnubilación 3. Letargo 4. Estado comatoso 5. No procede	134. **ATENCIÓN** ☐ 1. Hiperprosexia 2. Normal 3. Hipoprosexia	135. **CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN** ☐ 1. Presente 2. Ausente
136. **ORIENTACIÓN** ☐ 1. En persona 2. En tiempo 3. En lugar 4. Ambas, esp. 5. No procede		

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

SEÑALE ALTERACIONES DE MEMORIA Y SENSOPERCEPTIVAS		
137. TIPO DE ALTERACIÓN DE LA MEMORIA [ ] 1. Inmediata 2. Anterógrada 3. Retrógrada	**138. ILUSIONES** [ ] 1. Visuales 2. Auditivas 3. Gustativas 4. Olfatorias 5. Táctiles 6. No procede 7. Ambos, esp.	**139. ALUCINACIONES** [ ] 1. Visuales 2. Auditivas 3. Gustativas 4. Olfatorias 5. Táctiles 6. No procede 7. Ambos, esp.
SEÑALE LAS ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO Y JUICIO		
140. FORMA DE PENSAMIENTO [ ] 1. Concreto 2. Funcional 3. Abstracto	**141. VELOCIDAD DEL PENSAMIENTO** [ ] 1. Taquipsiquia 2. Normopsiquia 3. Bradipsiquia	**142. CURSO** [ ] 1. Neologismos 2. Fuga de ideas 3. Prolijidad 4. Ambos, esp. 5. No procede
143. TIPO DE IDEA [ ] 1. Ideas de daño 2. Ideas suicidas 3. Ideas homicidas 4. Fuga de ideas 5. Neologismos 6. Obsesiones 7. Otro, esp. 8. Ambas, esp. 9. No procede	**144. TIPO DE DELIRIOS** [ ] 1. Persecutorio 2. Grandeza 3. De influencia 4. Referencia 5. Celotipia 6. Otro, esp. 7. Ambos, esp. 8. No procede	**145. FALSIFICACIÓN DE LA REALIDAD** [ ] 1. SÍ 1. No

SEÑALE LAS ALTERACIONES DEL ESTADO AFECTIVO		
146. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR [ ] 1. No 2. Sí, esp.	**147. DISTIMIA** [ ] 1. No 2. Sí, esp.	**148. TRASTORNO BIPOLAR** [ ] 1. No 2. Sí, esp.
149. CICLOTIMIA [ ] 1. No 2. Sí, esp.	**150. DEPRESIÓN REACTIVA** [ ] 1. No 2. Sí, esp.	

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

EXPLORACIÓN FÍSICA

ANTROPOMETRÍA

151. **ESTATURA** ______ **m**. **PESO** ______ **Kg**

FC ______ x min FR ______ x min

TA ______ mm. Hg. **TEMP** ______ ºC.

152. ALTERACION EN LA CONFORMACIÓN ☐ 1. No. 2. Sí, esp.	**153. ALTERACIÓN EN LA INTEGRIDAD** ☐ 1. No 2. Sí, esp.

154. PRESENCIA DE TATUAJES ☐
1. Sí
2. No, esp.

SEÑALE LAS ALTERACIONES CORPORALES EXISTENTES

155. CABEZA ☐	**158. MAMAS** ☐	**161. GENITALES** ☐
156. CUELLO ☐	**159. ABDOMEN** ☐	**162. EXTREMIDADES** ☐
157. TÓRAX ☐	**160. COLUMNA** ☐	**163. PIEL Y MUCOSAS** ☐
		164. CONJUNTIVAS ☐

Especifique: ______

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

SEÑALE LAS ALTERACIONES DE LOS PARES CRANEALES

165. OLFATORIO ☐	**169. TRIGÉMINO** ☐	**173. GLOSOFARÍNGEO** ☐
166. ÓPTICO ☐	**170. MOTOR OCULAR EXTERNO** ☐	**174. NEUMOGÁSTRICO** ☐
167. MOTOR OCULAR COMÚN ☐	**171. FACIAL** ☐	**175. ESPINAL** ☐
168. PATÉTICO ☐	**172. AUDITIVO** ☐	**176. HIPOGLOSO MAYOR** ☐

1. Sí, 2. No,
Esp.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

SEÑALE LAS ALTERACIONES DE FUNCIÓN CEREBELOSA		
177. COORDINACIÓN DEDO – NARIZ ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**178. DIADOCOCINESIA** ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**179. MARCHA** ☐ 1. No 2. Sí, esp.
180. SISTEMA MOTOR ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**181. MOVIMIENTOS ANORMALES** ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**182. TONO Y FUERZA MUSCULAR** ☐ 1. No 2. Sí, esp.

SEÑALE LAS ALTERACIONES DEL SISTEMA SENSORIAL		
183. BICIPITAL ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**184. TRICIPITAL** ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**185. BRAQUIRRADIAL** ☐ 1. No 2. Sí, esp.
186. PATELAR ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**187. AQUÍLEO** ☐ 1. No 2. Sí, esp.	

SEÑALE LAS ALTERACIONES DE LOS REFLEJOS SUPERFICIALES		
188. CORNEAL ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**189. FARÍNGEO** ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**190. ABDOMINAL** ☐ 1. No 2. Sí, esp.
191. CREMASTERIANO ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**192. PLANTAR** ☐ 1. No 2. Sí, esp.	

SEÑALE REFLEJOS PATOLÓGICOS		
193. CLONUS ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**194. BABINSKY** 1. No 2. Sí, esp.	**195. HOFFMAN** ☐ 1. No 2. Sí, esp.
196. ROMBERG ☐ 1. No 2. Sí, esp.		

SEÑALE LAS ALTERACIONES DEL FONDO DE OJO	
197. APARIENCIA ☐ 1. Normal 2. Anormal, esp.	

ALTERACIONES PUPILARES Y SUS REFLEJOS	
198. ISOCÓRICAS ☐ 1. No 2. Sí, esp.	**199. ANISOCÓRICAS** ☐ 1. No 2. Sí, esp.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

DIAGNÓSTICO

200. A. SEÑALE EL TIPO DE AFECTACIÓN

1	F1x. 0	Intoxicación aguda	
2	F1x. 1	Consumo perjudicial (abuso)	
3	F1x. 2	Síndrome de dependencia (adicción)	
4	F1x. 3	Síndrome de abstinencia	
5	F1x. 4	Síndrome de abstinencia con delirium	
6	F1x. 5	Trastorno psicótico (con ideas delirantes y/o alucinaciones)	
7	F1x. 6	Síndrome amnésico	
8	F1x. 7	Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otros psicotrópicos	
9	F1x. 8	Otros trastornos mentales o del comportamiento (trastorno del estado de ánimo, de ansiedad; del dormir y disfunción sexual)	
10	F1x. 9	Trastorno mental o del comportamiento sin especificación	
11	F 55	Abuso de una o varias sustancias que no producen dependencia junto con psicotrópicos o aisladas del uso de psicotrópicos	

201. B. SEÑALE LA(S) SUSTANCIA(S) RESPONSABLE(S)

1. Alcohol
2. Opiáceos
3. Mariguana
4. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
5. Cocaína
6. Anfetamínicos y cafeína (incluye antiparkinsónicos)
7. Alucinógenos
8. Nicotina (tabaco)
9. Disolventes volátiles
10. Múltiples drogas y otros psicotrópicos (Fenilciclidina)
11. Antidepresivos
12. Laxantes
13. Analgésicos
14. Antiácidos
15. Vitaminas
16. Hormonas
17. Hierbas o remedios populares
18. Diuréticos
19. Otras sustancias conocidas, esp.
20. Otras sustancias desconocidas, esp.
21. Ambos, esp.

202. C. SEÑALE EL GRADO DE INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA

Leve
Moderada
Grave
No procede

203.	**SEÑALE LOS CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS** (Anote código correspondiente y nombre de los diagnósticos principales) F10 – F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas.	1.
		2.

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (continuación)*

SEÑALE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

204. SEÑALE EL TIPO DE AFECTACIÓN

1. F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
2. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
3. F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)
4. F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
5. F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
6. F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
7. F70-F79 Retraso mental
8. F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico
9. F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
10. F99 Trastorno mental sin especificación
11. Ambos, esp.
12. No procede

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

205. SEÑALE LAS OPCIONES DE MANEJO

1. Ambulatorio	a) Dirigido a familiares	7. Casa de medio camino
2. Consulta externa	b) Ayuda mutua	
3. Residencial	5. Terapia familiar	
4. Terapia grupal	6. Hospitalización médica	

PRONÓSTICO

206. EVALUACIÓN GLOBAL DE LA SEVERIDAD A LA ADMISIÓN

Muy favorable
Favorable
Reservado
Desfavorable
Muy desfavorable

CUADRO XXVII.1. *Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (concluye)*

OBSERVACIONES GENERALES

207. SEÑALE SU IMPRESIÓN SOBRE EL RENDIMIENTO DEL PACIENTE [ ] Normal brillante Normal Subnormal Limítrofe Deficiente	**208. SEÑALE SU IMPRESIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DE ANÁLISIS Y SÍNTESIS DEL PACIENTE** [ ] Conservada Alterada	**209. SEÑALE SU IMPRESIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DE INTROSPECCIÓN DEL PACIENTE** [ ] Conservada Alterada

210. ¿EXISTE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD? [ ] Sí No	**211. SEÑALE EL GRADO DE CREDIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN** [ ] Buena Regular Pobre, esp.	**212. INDIQUE QUÉ ACTITUD TUVO EL PACIENTE ANTE EL INTERROGATORIO Y LA EXPLORACIÓN** [ ] Cooperación Rechazo Ambivalencia Indiferencia Otro, esp.

213. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

NOMBRE DEL APLICADOR	FIRMA

* Primer curso de farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos, Red Nacional de Servicios de Desintoxicación, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A. C., e Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997. Modificado de Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998.

XXVIII. ACTUALIDADES CLÍNICAS DEL CONSUMO DE MARIGUANA*

ESTE comunicado enfoca las consecuencias del consumo de mariguana relacionadas con trastornos psicofísicos, y sus efectos sobre la salud mental individual y pública (Souza, 2007a). No obstante, las conclusiones, difíciles a causa de la compleja composición química de la sustancia y de su consumo, asociado a menudo con otras drogas (legales e ilegales), se suman a factores de personalidad y sociales vinculados con el desencadenamiento del consumo de psicotrópicos, cuyo predominio de patrones de uso (alguna vez en la vida, y uso regular) continúa aumentando en el mundo (Hibell, Andersson, Alstrom, Balakireva, Bjarnasson, Kokkevi y Morgan, 2000).

La mariguana, término genérico del compuesto derivado de la planta *Cannabis sativa,* contiene 483 productos químicos, además del delta-9-TCH, responsable de sus efectos psicofísicos (Souza, 2007i). Se han descubierto dos receptores de cannabis en el sistema nervioso central. Los receptores CB1 se encuentran predominantemente en el cerebro y en algunos tejidos periféricos, y su mayor concentración cerebral afecta el aprendizaje, la memoria, el movimiento y la coordinación, la percepción del dolor y el "sistema de recompensa". El CB2, ausente en el cerebro, se localiza en el bazo y en células productoras de sangre en la médula ósea y otros sitios. Su papel, menos cierto, puede tener efecto sobre la función inmune.

La existencia de tales receptores específicos y de los endocannabinoides es significativa y difiere del caso del alcohol, pues sus efectos dependen de interacciones no específicas, con una amplia gama de receptores. El resultado de la absorción de la mariguana es muy rápido y se distribuye en el tejido graso. El hígado la metaboliza y desecha sus compuestos por orina y heces, por lo que los mismos pueden detectarse en la orina después de un uso intenso o prolongado tras cuatro semanas.

Los efectos agudos típicos incluyen un estado alterado de conciencia, aunque las formas actuales de mariguana son mucho más potentes y los patrones de consumo más complicados que en los años setenta. La intoxicación produce una elevación y alteración subjetiva del estado de conciencia (leve euforia, relajación,

alteraciones cognitivas y perceptuales, distorsión del paso del tiempo, intensificación de sensaciones ordinarias, aumento en la socialización).

A nivel psíquico genera reacciones adversas (ansiedad, depresión, pánico, ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones cognitivas: memoria reciente, alteración de la actividad mental), lo mismo que a nivel de la función motora (tiempo de reacción alterado e incoordinación), amén de otros efectos (analgesia, sedación, excitación, hipotermia, inmovilidad o catalepsia).

Por ello se sugiere una asociación entre el uso intensivo de mariguana y el desarrollo de trastornos mentales graves, que involucra síntomas tales como aparición repentina de confusión, alucinaciones, desorientación y paranoia, e incluso esquizofrenia en personas vulnerables, independientemente de aumentar el riesgo de recaída del consumo.

Las personas con trastorno depresivo son más proclives a consumirla. Existen fuertes indicios de que el consumo de mariguana puede surgir incluso como resultado de la depresión, especialmente en la adolescencia. Los cannabinoides tienen acciones complejas sobre la actividad convulsiva y el efecto anticomicial en calidad de preconvulsivante (APA, 1994).

El consumo esporádico de mariguana puede afectar la memoria a corto plazo y, como el de alcohol, tiende a aumentar el incumplimiento en la toma de medicamentos, por lo que podría provocar convulsiones en pacientes susceptibles.

Sus efectos cardiovasculares en ciertos individuos incluyen una profunda disminución de la presión arterial y la frecuencia cardiaca con el uso crónico, pero un efecto inmediato es el aumento en la frecuencia cardiaca, por lo que se ha vinculado su consumo con un importante número de muertes por problemas cardiacos.

Asimismo, los efectos respiratorios en quienes la fuman son claramente frecuentes y producen bronquitis crónica, aunada a la disminución de la función respiratoria, sin menoscabo del uso del tabaco y su asociación con el cáncer.

En el embarazo causa efectos sobre la madre, como cambios de personalidad y síndrome amotivacional (pasividad, falta de metas en la vida, apatía, pobre comunicación y desánimo), junto con otros defectos funcionales que sugieren que la mariguana puede inducir un bajo peso del producto al nacimiento o bien causar reducción del tiempo normal de gestación, ciertas anomalías congénitas e incluso muerte súbita del lactante.

A largo plazo, en niños de 9-12 años de edad que fueron sometidos *in utero* a su efecto, se han detectado alteraciones en la toma de decisiones y en la planeación a futuro por afectación de la función ejecutiva; la capacidad de anticipación, el control de conductas compatibles con el logro de una meta (sin nexo con CI), pero no se ha informado de síndrome de abstinencia en recién nacidos, ni otros efectos sino a partir de los cuatro años de edad.

Los niños de más de cuatro años cuyas madres fumaron un cigarro/día o más mostraron alteraciones a nivel verbal, perceptual y de memoria, así como problemas de atención a los cinco años. Los criterios diagnósticos de dependencia incluyen tolerancia, abstinencia, dificultad de controlar el consumo y un patrón de uso, así como otras influencias importantes en la vida del usuario, por lo que los usuarios frecuentes (más de una vez a la semana) muestran un riesgo significativo de adicción, lo cual se favorece por el fácil acceso al psicotrópico, el hecho de que sea altamente utilizado y sea la droga ilícita más frecuentemente incautada en los distintos países.

No obstante, si bien las tasas de consumo son sustancialmente superiores a las de otras sustancias ilícitas, son mucho más bajas que para el alcohol y el tabaco. Lo curioso del caso, que resulta de interés para esta comunicación, es que una alta proporción de jóvenes (75%) dicen saber dónde y cómo obtenerla (Hibell, Andersson, Alstrom, Balakireva, Bjarnasson, Kokkevi y Morgan, 2000), y perciben que su uso regular representa un riesgo menor que el de otros psicotrópicos.

Su empleo es más frecuente entre varones que en mujeres, tanto en consumo ocasional como regular, y aunque ellas lo inician más tarde, tal diferencia de género tiende a bajar con los años. En casi 80% de los casos los jóvenes prueban la mariguana por primera vez con los amigos, lo que se vincula al hecho de tener ese tipo de amigos, lo cual es predictor significativo de la probabilidad de experimentar con la sustancia. La probabilidad de progresión a otras drogas tras el consumo de mariguana es una evidencia documentada; los consumidores habituales, al tener más probabilidades de estar expuestos a otras drogas, tienen, por lo tanto, más oportunidad de usarlas.

Otro de los factores implicados en dicha progresión se deriva de la búsqueda de novedad y del deseo de asumir riesgos como parte de la "exploración adolescente de la vida", en la cual participan factores genéticos, ambientales, de personalidad, etcétera.

Para la salud pública es importante considerar que no se dispone de indicios de que la mariguana esté implicada en las muertes por sobredosis; si bien se encuentra a veces en los resultados *post-mortem* de los usuarios de drogas, siempre es secundaria a otras sustancias (opiáceos). La evidencia indica que la mariguana no es un factor directo importante relacionado con las drogas y las muertes accidentales, excepto en los accidentes de tránsito. La evaluación de su causalidad en tales muertes se complica por el hecho de que el alcohol también está presente en la mayoría de los casos. Hay indicios de que cuando se mezcla con alcohol es mucho más probable que la mariguana sea factor de riesgo que cuando se consume sola.

Con respecto al funcionamiento cognitivo (medido por el CI y pruebas *ad hoc*), no se ha demostrado que produzca un grave deterioro de las funciones cognitivas generales, ya que no se encuentran las alteraciones estructurales en el

cerebro de los usuarios. No obstante, existen pruebas de que su consumo produce sutiles alteraciones cognitivas (memoria, atención y organización de información compleja). También es de interés señalar los indicios de que, al menos en algunos casos, el deterioro se puede revertir con un periodo prolongado de abstinencia. Sin embargo, estas deficiencias cognitivas pueden producir importantes diferencias educativas y ocupacionales por su uso frecuente. Se ha sugerido que el consumidor crónico deviene apático, aletargado y sin motivación, y como sufre una variedad de efectos negativos tiene peor empleo, menos promociones y es más propenso a vivir con deudas.

El abandono escolar y la exclusión son comunes, al afectarse los factores del entorno social y la capacidad cognitiva, donde la motivación es especialmente relevante. De ahí que el suicidio, cuando ocurre, podría derivarse de la toma de riesgos y comportamientos que implican peligro, incluyendo las autolesiones y daños propiciados por las conductas de riesgo. El consumo de mariguana se asocia además con autolesiones, comportamiento antisocial y victimación de sí mismo o de los demás. Hay pruebas de que en particular los usuarios masculinos de drogas son propensos a cometer varias veces más delitos contra la propiedad que los demás varones de igual edad.

Estudios longitudinales sugieren que la criminalidad puede preceder a la utilización de mariguana, aunque la visión benévola de este asunto permite suponer que reduce los impulsos agresivos y tiene un efecto calmante sobre el usuario.

Otros autores sugieren que los usuarios pueden mostrar excitación irracional como resultado del uso de drogas y pueden involucrarse en actos de violencia o delincuencia para apoderarse de los recursos necesarios a fin de continuar el consumo. De hecho los consumidores regulares de mariguana son más propensos a involucrarse en actividades delictivas que los no usuarios, así como también a ser víctimas de delitos.

Aunque no hay pruebas de violencia relacionadas con el tráfico de drogas, y en ausencia de estudios adecuados al respecto, es imposible afirmar en qué grado la violencia se relaciona con su tráfico callejero. Sin embargo, la evidencia sugiere un traslape significativo entre narcotráfico con drogas diferentes y un importante nivel de violencia asociado. Por ello la "normalización" del consumo de mariguana se ha convertido en una característica habitual de vida de muchos jóvenes; ya no es considerado como una forma desviada de la conducta (Collins, Connolly, Crowley y Morgan, 2004).

De ahí que el debate sobre la legislación de la mariguana siga siendo una de las áreas más controvertidas de la política internacional de drogas. Muchos países se han pronunciado por la introducción de cambios en la aplicación práctica de la ley al efecto o por medio de reformas legales. Pero el problema del amplio consumo de mariguana no es tan simple como suponen algunos, ni tan inocuo como otros quisieran.

En este punto se entrecruzan los problemas de la oferta social de las drogas (narcotráfico), como asunto militar-policial, y su demanda, esta última de interés para los clínicos y educadores, entre muchos otros especialistas (Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 1999). Para favorecer una mejor educación para la salud se debe dotar a la comunidad de información verídica, capaz de sanear tales comportamientos, a la par de mejorar la capacidad del personal de salud en temas y habilidades diagnósticas, terapéutico-rehabilitatorias y preventivas de esta problemática (Souza, 2008a).

RESUMEN

El objetivo de esta comunicación parte de la preocupación educativa por reforzar la educación para la salud por la vía de la desmitificación del actual consumo social de drogas ilegales de amplia diseminación mundial. Pretende, además, divulgar información veraz respecto de los efectos y consecuencias inmediatas y posteriores del consumo de mariguana, a partir de los estudios internacionales producidos por organismos oficiales dedicados al estudio de las adicciones.

Por último, se señala el traslape de los problemas derivados de la oferta social de las drogas en su calidad de asunto militar-policial, que se ha confundido con los problemas derivados de la demanda de consumo, esta última por su tipo estirpe, *a fortiori* del interés de clínicos, educadores y demás interesados en los temas de la salud, entre otros. Para favorecer una mejor educación para la salud se debe dotar a la comunidad de información verídica, capaz de sanear tales comportamientos, a la par de mejorar la capacidad del personal de salud en temas y habilidades diagnósticas, terapéutico-rehabilitatorias y preventivas.

Necesitamos producir más y mejor información generada *ex profeso,* a partir de la investigación clínica cotidiana, bajo el paradigma de la autonomía y la autosuficiencia: a problemas nacionales, autores nacionales (Souza, 1979a). Hacemos votos por la apertura del personal de salud para sensibilizarse y participar activamente en esta lucha perenne.

* Souza, 2010; Souza, 2008c.

XXIX. ASPECTOS NOSOTERAPÉUTICOS DEL ABUSO/DEPENDENCIA DE COCAÍNA Y SU COMORBILIDAD*

Todo aquello que sembréis,
cosecharéis...

PARA dar al lector una semblanza de la magnitud del problema que representa el consumo de cocaína en el ámbito mundial y nacional es pertinente conocer la evolución que guardan los informes internacionales acerca de este fenómeno, ello sin considerar las múltiples consecuencias sociales y legales de su práctica, que ensombrecen aún más esta patología, la cual abandona el campo de la medicina y nuestro interés clínico para ser ahora materia de otras disciplinas de estudio y regímenes de control.

Así por ejemplo, el Informe Mundial sobre Drogas 2004 de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2004) señaló en su momento que, después de la cannabis, la cocaína es la droga ilegal —esto es, sin considerar el alcohol o el tabaco— de mayor consumo en el mundo. En América ocupó el primer lugar, y en varios países de Europa occidental es la segunda o tercera droga más usada. A nivel mundial se estimó que, en 2003, 13 millones de personas usaron cocaína, lo que equivale a 0.34% de la población de 15 años o más. Del total de cocaína consumida en el mundo, 65% ocurrió en el continente americano, 48% de ello en los Estados Unidos, donde durante el 2002 existían 5.6 millones de consumidores de cocaína, cifra equivalente a 2.5% de la población de 12 años o más y a 3.1% de la población de 15 a 64 años.

En Sudamérica, incluyendo América Central y el Caribe, su uso afectó a 2.3 millones de personas, 0.8 % de la población de 15-64 años. En Europa existían 3.3 millones de usuarios de cocaína (25% del total de los usuarios en el mundo), equivalente a 0.6 % de la población entre 15-64 años. Más de 90% de los usuarios de cocaína de Europa se ubicaron en Europa occidental, 1% de la población entre 15-64 años.

En Oceanía su empleo correspondió a 1.1% de la población de 15 y 64 años; Australia registró la mayor prevalencia en esa región, con 1.5 % de población de igual edad. Asia presentó el nivel más bajo de uso de cocaína, mientras que en Sudáfrica y algunos países de áfrica occidental el consumo se relacionó, en parte, con el tráfico de Sudamérica hacia Europa. Afortunadamente, tres años más tarde el reporte ONUDD 2007 indica que los mercados mundiales de drogas ilícitas permanecieron bastante estables en el bienio 2005-2006, pues en el caso de casi todas las drogas (cocaína, heroína, cannabis y anfetaminas) parece haber signos de estabilidad general, en los aspectos tanto de la producción como del tráfico y el consumo (ONUDD, 2007).

A escala mundial, las actividades coordinadas de represión del tráfico y consumo de drogas han hecho aumentar el volumen de las incautaciones. De manera que en la actualidad se intercepta más de 45% de la cocaína producida en el mundo, frente a un volumen no superior a 24% logrado en 1999. De ahí que las recomendaciones señalen que, para reducir en forma duradera el problema de las drogas ilegales, debe haber más acciones preventivas e iniciativas para combatirlo en su origen, es decir, atacando, amén de la oferta, la demanda de consumo. Considérese al efecto que se ha documentado en el mundo que la vida de por lo menos una de cada 200 personas está supeditada a la droga (Chasin, Presson, Rose y Sherman, 2007).

En México los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones —realizada en 2002— señalan que en población general de 12-65 años el consumo de cocaína permaneció estable en el periodo 1998-2002, con índices de 0.4% (ENA, 2002). En los datos de la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, Medición 2003 INP/SEP, 4% de la población estudiantil analizada reportó consumo de cocaína, una disminución respecto al estudio anterior, en 2000, cuando alcanzó 5.2% (el nivel más alto registrado a partir de 1976, cuando se iniciaron los registros en estudiantes, año en el que se reportó 0.5%). En el nivel de bachillerato técnico el consumo de cocaína en “el último mes” ocupó el primer lugar respecto a otras drogas ilegales (INP/SEP, 2003). Por su parte, el estudio Consumo de Drogas Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento (julio-diciembre 2006) en Centros de Integración Juvenil, A. C., realizado a través de registros clínicos (entrevista inicial) de 8 876 pacientes de primera vez, que informaron sobre su consumo de al menos una droga ilícita (Castillo y Gutiérrez, 2008), indica un predominio del ingreso a tratamiento de la población masculina; la mayor proporción de casos informó tener entre 15 y 24 años; más de la mitad acudió a tratamiento por iniciativa propia y dos de cada cinco por condiciones familiares o de otro tipo; cerca de 90% de los pacientes acudieron a consulta por el uso de drogas ilícitas, seguidas por el alcohol y el tabaco. El uso de drogas de acuerdo con estos datos suele comenzar, en promedio, dos años después de iniciar el uso de tabaco y alcohol. Éstas fueron las drogas de más consumo en el primer año, alguna vez en la vida y en el último año y en el último

mes, seguidas por mariguana, cocaína, crack, solventes, pegamentos y metanfetaminas. Las sustancias preferidas en el último año fueron crack, alcohol, tabaco, cocaína, metanfetaminas, y las sustancias consideradas como de mayor impacto, crack, alcohol, mariguana, metanfetaminas y cocaína.

La cocaína es una sustancia conocida desde por lo menos el siglo XIX; actualmente también se la identifica con el nombre de su principal compuesto metabólico, benzo-metil-ecgonina, obtenido de las hojas de la planta *Erythroxylon coca* y de otras especies del mismo género. Y si bien es originaria del altiplano de los Andes, crece también en otras partes de América del Sur y Central; su estructura química la refiere a una base amino alcohólica cercanamente relacionada con la atropina.

La cocaína como tal —éster del ácido benzoico— está formada por una base que contiene nitrógeno, y su estructura básica es la misma que la de los anestésicos sintéticos, de ahí que comparta algunas propiedades de ese tipo. Pero a pesar de tales características los nuevos anestésicos de síntesis tienen grandes ventajas sobre la cocaína, especialmente en relación con su potencial de abuso. Por ello en la actualidad la cocaína casi no tiene uso terapéutico, y en la mayor parte de los países del mundo se considera un psicotrópico de producción y consumo ilegal, y por lo tanto se persigue judicialmente.

Este psicotrópico se consume por lo general en forma de clorhidrato de cocaína, el cual contiene 89% de la sustancia en forma de polvo blanco, muy soluble al agua y con punto de fundición de 187 °C. Dado que se descompone antes de alcanzar el punto de ebullición, no se puede fumar. La cocaína base pura, la cual tiene un punto de fundición de 98 °C, tiene un punto de ebullición mucho más alto, de 250 °C, propiedad que le permite fumarse.

La base libre purificada producida por la ebullición del clorhidrato en una solución de bicarbonato de sodio es seguida por la extracción con un solvente, y posteriormente se evapora el mismo, obteniéndose sus cristales. Cabe señalar que la cocaína callejera es fundamentalmente impura y que las cantidades de cocaína pura en tales preparados comerciales oscila entre 10 y 50%, pero con mayor frecuencia sólo contiene entre 15 y 20% del producto estimulante, ya que el resto suele ser mezclado con distintos adulterantes (lidocaína, procaína, tetracaína, benzocina, cafeína, efedrina, anfetaminas, fenacetina, quinina, ácido ascórbico, teofilina, manitol, lactosa, sulfato de magnesio, azúcar y otros).

El popularmente denominado crack es una variedad de forma compleja, no ionizada y sólida de la cocaína, que es sumamente barata debido a que se trata de una variedad impura y de baja concentración de la sustancia, cuyos efectos son más cortos que los de la cocaína normal; tiene por característica tender a producir menores daños en la intoxicación. Una excepción a ello se produce cuando se usa tal patrón de consumo de baja potencia como referencia para el consumo de otras sustancias. La cocaína no adulterada, por requerir menor cantidad de sustancia activa para generar potentes efectos, puede producir, por

desconocimiento, una sobredosis letal (Carroll, 1977). Como la cocaína es una sustancia que se evapora a temperaturas relativamente bajas, y su absorción y distribución avanzan por la vía pulmonar hacia el corazón y el cerebro de forma rápida y completa, es capaz de inducir un estado tóxico activo en menos de 15 segundos, pudiendo persistir por espacio de 5 a 10 minutos. Los efectos clínicos son similares a los de otras formas de cocaína (euforia, grandiosidad, aumento del estado de alerta, agitación psicomotora, taquicardia, midriasis e hipertensión arterial).

El efecto estimulante es tan rápido que lleva con cierta facilidad a un aumento del potencial de dependencia, y por ello mismo, precisamente, eleva el riesgo de reacciones tóxicas agudas. Éstas incluyen convulsiones, irregularidades en la frecuencia y funcionamiento cardiaco, parálisis respiratoria, psicosis de tipo paranoide y disfunción pulmonar, entre otras. Las sobredosis (depresión respiratoria, convulsiones, crisis hipertensivas, infarto al miocardio [Hollander, 1995; Kloner y Rezkalla, 2003] e hipertermia maligna) no son raras en su ocurrencia ni en su letalidad.

Se sabe que grandes usuarios de esta sustancia, tras consumirla y conocerla por años, han fallecido finalmente en una sobredosis (Lange y Hillis, 2001). El crack —al igual que la pasta de cocaína— contiene la sustancia básica en forma de alcaloide *(roca o piedra)*. Aun cuando se consigue en el mercado negro, se utiliza para ser fumada en dispositivos especialmente diseñados al efecto, que los propios consumidores o sus *pushers* producen y comercian. En comparación con la forma inhalada, la absorción del crack es inmediata y directa.

La dependencia de la sustancia se establece rápidamente y el deseo-necesidad imperiosa de consumo, D-NIC (Souza, 2000e), y su conducta de búsqueda del psicotrópico (criterio básico para el diagnóstico de adicción junto con el fenómeno de tolerancia) pueden llegar a ser muy intensos aun al poco tiempo de haberse iniciado el consumo. Y considerando que se trata de una sustancia ilegal, las consecuencias de tal conducta suelen promover faltas administrativas y otros delitos formales (gastos de sumas considerables para la obtención de la sustancia, venta de otros psicotrópicos para hacerse de recursos económicos y venta de servicios sexuales, entre muchos otros) (Lange y Hillis, 2001). Además, estudios multicéntricos correlacionados con el consumo de esta sustancia y el otorgamiento de servicios sexuales remunerados realizados en los Estados Unidos indican una elevada asociación entre abuso/dependencia de cocaína crack e infección por VIH/sida. Cabe destacar que en ocasiones en ciertas poblaciones consumidoras el uso de cocaína crack llega a ser más alto que el propio consumo de alcohol, mariguana y cocaína (Chasin, Presson, Rose y Sherman, 2007). De la misma manera, se refiere que el inicio de la actividad sexual se presenta a edades más tempranas. Pero, si bien es cierto que los usuarios reportan un deseo reducido por tener relaciones sexuales después de fumar crack, el consumo de este psicotrópico ilegal estuvo más frecuentemente

asociado con la actividad sexual con múltiples parejas por dinero y con la venta de otras sustancias ilícitas. Por otro lado, tal tipo de comportamiento puede contribuir a la dispersión mundial de la infección por VIH y otras enfermedades venéreas, reforzando la pandemia que hoy —sin haberse encontrado todavía control para ello— amenaza gravemente la salud mundial.

A pesar de que la cocaína tiene efectos simpaticomiméticos similares a los producidos por los anfetamínicos y otros estimulantes semejantes, sus mecanismos de acción difieren, al igual que su potencial de abuso/adicción (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000b; Arif, 1987). Por ello, y pese a compartir algunos efectos clínicos, es tratada por separado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, OMS (Miller y Gold, 1998). La cocaína puede administrarse por vía nasal, endovenosa, oral, sublingual (OMS, 1993) y, cosa menos frecuente, puede aplicarse de modo directo sobre las membranas mucosas en boca, recto y vagina. Una variación en este esquema de administración es la inhalación del humo producido por la combustión de la sustancia cuando ésta es fumada.

La cocaína en forma de clorhidrato con más frecuencia es inhalada, o diluida en una solución que se aplica directamente al torrente circulatorio. Cuando se aplica por vía endovenosa a menudo se encuentra mezclada con heroína, estimulantes u otros adulterantes diversos, algunos de los cuales son relativamente inertes y otros, en cambio, pueden al menos inducir reacciones alérgicas. Este psicotrópico ilegal no produce un solo tipo de efecto sobre los neurotransmisores, sino que ejerce acciones múltiples y simultáneas en los varios sitios donde éstos se encuentran localizados en la economía corporal. Su acción euforizante parece ser debida al bloqueo del mecanismo de recaptura de dopamina, serotonina (5HT) y noreprinefina (NE), lo cual causa un incremento en las concentraciones de esta sustancia en la hendidura sináptica, creando un aumento en la neurotransmisión en los sistemas mesolímbicos y mesocorticales dopaminérgicos asociados con la gratificación (Clapp, Martin y Beresford, 2004; Gold, 1997; Goldstein y Volkow, 2002). La euforia característica del síndrome de intoxicación por cocaína puede ser resultante del efecto que este psicotrópico tiene sobre varios sistemas de neurotransmisores que interactúan entre sí. De modo que el consumo crónico de la cocaína induce la hipersensibilidad de los receptores catecolaminérgicos, por lo que la anhedonia (paradójicamente uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes abusadores y adictos a este psicotrópico) podría explicarse por una suspensión de la transmisión dopaminérgica, causada por la inhibición de la retroalimentación en el autorreceptor, a partir del desarrollo de la hipersensibilidad dopaminérgica del mismo. A pesar de la vasoconstricción local inducida por la cocaína, su absorción es rápida y puede fácilmente exceder la rapidez de excreción. Las manifestaciones tóxicas derivadas de su uso ocurren con diferente rapidez de acuerdo con la vía de administración empleada, la calidad y pureza de la

sustancia, la dosis aplicada y el contexto en el cual se usa, entre otros factores. El bolo endovenoso produce un efecto clínico a los primeros 15 segundos, desapareciendo después de 10 minutos. La inhalación de cocaína induce un estado de intoxicación dentro de los primeros dos minutos y puede persistir a lo largo de una a dos horas, dado que se absorbe fácilmente en todos los sitios donde se aplica. Su vida media, administrada en forma endovenosa o fumada, es de aproximadamente 40 minutos; en cambio, cuando se usa por vía nasal, la vida media de este potente tóxico se estima de poco menos de dos horas. Tal diferencia hace que se priorice en forma importante una modalidad sobre la otra entre los usuarios de este psicotrópico (Lange y Hillis, 2001). A diferencia del clorhidrato, el crack se evapora a temperaturas relativamente bajas y su absorción y distribución desde los pulmones al corazón y el cerebro es muy rápida y completa, induciendo en menos de 120 segundos un síndrome de intoxicación que persiste por espacio de 5 a 10 minutos. El perfil toxicológico de esta sustancia está determinado en gran parte por la relativa facilidad de su absorción y la más lenta capacidad de excreción. Por ello se considera que es un psicotrópico que puede resultar muy tóxico, aun cuando las dosis para su consumo sean de 20 mg, pues de todas maneras pueden presentarse reacciones tóxicas severas.

Las altas concentraciones de la sustancia que aparecen en la sangre en un tiempo relativamente breve mantienen relación con el incremento de las complicaciones físicas de tipo cardiovascular y pulmonar, así como con los nada raros accidentes mortales.

Los efectos más frecuentemente observables por el consumo de este psicotrópico son de tipo conductual, de modo que los principales síntomas se derivan presumiblemente de su efecto estimulante sobre el sistema nervioso central. La cocaína bloquea la conducción del impulso nervioso y ejerce un efecto de estimulación al sistema nervioso central. En pequeñas cantidades aumenta la actividad motora sin afectar la coordinación, pero en dosis altas se produce incoordinación motora, se genera una estimulación excesiva de la médula espinal y, por lo tanto, se facilita la presencia de convulsiones generalizadas de tipo tónico-clónico, quizá mediadas por el efecto excitador sobre las neuronas inhibidoras a todos los niveles del encéfalo. El efecto anestésico local parece resultar del bloqueo neuronal rápido de los canales de sodio. De ahí que la cocaína se considere un potente estimulante del sistema nervioso central.

Dosis moderadas producen elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, insomnio y un mayor rendimiento en la realización de tareas, hiperactividad motora, verborrea y taquipsiquia; disminuyen la sensación de fatiga y el apetito. Estos efectos son análogos a los de las anfetaminas, aunque menos duraderos. Una vez pasado el efecto agudo aparece cansancio, fatiga y disforia, que son más pronunciados en relación con la rapidez y la intensidad de los efectos producidos por la cocaína. También surge un deseo intenso por

continuar el consumo de la droga (D-NIC) (Souza, 2000e), lo cual es la base para su adicción.

Todos estos efectos se deben fundamentalmente a la inhibición de la recaptura de dopamina. La administración de cocaína por vía endovenosa produce una sensación intensa y placentera de euforia. Se han referido alteraciones de la percepción, de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas); alucinaciones táctiles, zoopsias (sensación de movimiento de insectos por debajo de la piel (hormigas: formicación); alucinaciones visuales y auditivas (de autorreferencia con contenidos de crítica y de reproche, que llevan a situaciones de temor incontrolable); conducta estereotipada, bruxismo y movimientos compulsivos.

Eleva la temperatura corporal por aumento de la actividad muscular y disminución de la pérdida de calor, debido a su efecto vasoconstrictor. En ello también interviene la pérdida del control dopaminérgico de los receptores hipotalámicos reguladores de la temperatura, causada por el agotamiento de los depósitos de dopamina y acompañada, algunas veces, de convulsiones (de manera análoga a la hipertermia del síndrome neuroléptico maligno). Se han reportado casos de muerte súbita, aun con dosis bajas pero usadas de manera continua (Volkow, Fowler, Wang y Goldstein, 2002). La cocaína presumiblemente incrementa la descarga catecolaminérgica en el sistema simpático, lo cual da por resultado hipertensión, taquicardia y vasoconstricción localizada. Al incrementarse el nivel de catecolaminas circulantes se produce una excesiva estimulación de los receptores alfa y beta adrenérgicos periféricos, por lo que muchas de las complicaciones cardiovasculares se producen durante los síndromes de intoxicación como consecuencia de una crisis adrenérgica (Goodman Gillman, 2006; Ellinwood, 1997). A nivel pulmonar produce broncoespasmo con disnea y respiración silbante; este episodio se resuelve con frecuencia antes de que los pacientes acudan a las unidades o servicios médicos de emergencia (Lange y Hills, 2001; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a). No se ha documentado el mecanismo fisiológico de tolerancia a la cocaína pero la dependencia psicofísica se establece rápidamente, sobre todo en aquellos casos en los que el consumo se hace en forma endovenosa, y con el crack, en cuyos usuarios la conducta de búsqueda del psicotrópico puede llegar a ser muy intensa, aun a poco tiempo de haberse iniciado el consumo.

Además, existe cierto grado de tolerancia cruzada con otros psicotrópicos, como los anfetamínicos y la cocaína, por su estrecha relación estructural y de efectos (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a). Algunos metabolitos de la cocaína (benzolecgonina, anhidroecgonina-metil-éster, conocida como metil-ecgonidina) permanecen en la orina de uno a tres días después de una dosis única, y pueden estar presentes de siete a 12 días en los sujetos que consumen dosis altas de forma repetida, por lo que son de utilidad para las pruebas antidoping (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2007), especialmente en el

cabello, donde duran incluso más tiempo (Kampman, Alterman, Volpicelli y Many, 2001).

El diagnóstico de la intoxicación se realiza con criterios clínicos y de laboratorio e incluye una amplia gama de manifestaciones sobre el sistema nervioso central y los aparatos cardiocirculatorio y respiratorio. La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de la OMS señala los siguientes criterios:

1. Debe haber presencia clara de consumo reciente de cocaína en dosis suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia, tal como se especifica más adelante, de suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento, de relevancia clínica.
3. Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otro trastorno mental o del comportamiento.
4. La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan, además, otros problemas relacionados con el consumo psicotrópico.
5. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes síntomas: euforia o sensación de aumento de energía, hiperprosexia, creencias o actos grandiosos, agresividad, tendencia a discutir; labilidad afectiva o inestabilidad del humor; conductas repetitivas (estereotipias); ilusiones auditivas y visuales o táctiles; alucinaciones, normalmente con la orientación conservada; ideación paranoide; interferencia con el funcionamiento personal.
6. Además debe haber al menos dos de los siguientes signos: taquicardia (en ocasiones se presenta bradicardia); arritmias cardiacas; hipertensión (en ocasiones se presenta hipotensión); diaforesis; escalofríos; náusea; vómito; pérdida de peso evidente; midriasis; agitación psicomotora (en ocasiones se presenta enlentecimiento); debilidad muscular; dolor torácico (Cone, Welch y Babecki, 1995); convulsiones generalizadas tónico-clónicas tipo gran mal (Miller y Gold, 1998). La interferencia del funcionamiento personal se manifiesta tempranamente en las interacciones sociales, variando de una extrema sociabilidad al aislamiento. La mayor parte de los estados tóxicos se resuelven rápidamente, por lo que cuando el paciente acude a solicitar atención médica muchas de las manifestaciones iniciales de la intoxicación ya se han resuelto completamente o bien han cedido en su mayor parte. Los efectos más graves no se relacionan con alteraciones de la conciencia causadas por depresión del sistema nervioso central sino con los efectos de la estimulación simpática que el tóxico tiene sobre el aparato cardiovascular. Para el manejo del síndrome de intoxicación por cocaína es necesario considerar las posibles alternativas terapéuticas, ya sea un medio ambulatorio o en una

unidad o servicio hospitalario. En el primer caso, a partir de un periodo breve de observación de una a dos horas, se valora la evolución del cuadro; si éste mejora con una disminución de los síntomas, y si el individuo no presenta alteraciones físicas coexistentes, el manejo subsecuente puede ser de tipo ambulatorio. La decisión de hospitalizar a un paciente debe basarse en la severidad del cuadro y sobre todo en la preocupación clínica respecto de un probable daño a ciertos órganos, o la necesidad de un tratamiento u observación continuados que requieran recursos humanos y materiales específicos para su control (hipertermia, isquemia del miocardio, crisis convulsivas, estado de coma, episodios de confusión o alteraciones psicóticas) (Erwin y Deliargyris, 2002). Por su parte, el síndrome de abstinencia ocurre como producto del agotamiento de las reservas catecolaminérgicas en las porciones mesolímbicas y mesocorticales del cerebro. El síndrome tiene dos componentes esenciales y correlativos: el D-NIC característico de una de las más intensas apetencias por la sustancia y la anhedonia; de ahí la necesidad de prescribir sustancias para su manejo (Souza, 2007a; Kaplan y Sadock, 1998). Cabe señalar que la reunión de ambas debe explorarse con cuidado, ya que puede simular un trastorno afectivo mayor que confunda al clínico o a los familiares. Al igual que en otros episodios de abstinencia, este síndrome se encuentra estrechamente asociado con situaciones ambientales que pueden desencadenar por sí mismas el D-NIC de la sustancia y precipitar una recaída (Souza, 2000e) en la persona que pretende suspender su consumo (Kampman, Dackis, Lynch, Pettinati, Tirado, Gariti, Sparkman, Atzram y O'Brien, 2006; Miller, Westerberg, Harris y Tonigan, 1996).

El cuadro, si bien no es tan grave como para poner en peligro la vida, puede desencadenar el reinicio del consumo en forma sistemática, es decir, cada vez que se intenta abortar drásticamente o hacer esfuerzos por abandonarlo, o bien disparar enfermedades psiquiátricas tales como los trastornos afectivos con o sin ansiedad (Levin, Evans, Brooks y Garawi, 2007), por lo que es recomendable tener en cuenta para su apropiada valoración con miras a su manejo posterior que, como se ha señalado, ha de ser siempre a largo plazo (Kinnell, 2001). Los primeros síntomas de este síndrome se inician algunos días después de un periodo de consumo intenso de cocaína. En el caso del uso de crack, la sintomatología puede aparecer en un tiempo mucho más breve aún. El punto más intenso de la abstinencia ocurre entre el cuarto y el noveno día, aproximadamente, para luego decrecer. Tras este periodo suele ocurrir una reaparición de los síntomas y posteriormente una fase final denominada de extinción. La interrupción del uso de cocaína produce básicamente un cuadro genérico de depresión severa, caracterizado por alteraciones del humor, del sueño, del apetito y de las demás funciones cognitivas y psicomotoras (Lange y Hills, 2001; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a).

La CIE-10 de la OMS señala los siguientes criterios:

1. Se deben satisfacer los criterios generales para el síndrome de abstinencia.
2. Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución del consumo de cocaína después de un consumo repetido y habitualmente prolongado y/o a altas dosis.
3. Presencia de síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia de esta sustancia.
4. Los síntomas y signos no se justifican por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.
5. Hay humor disfórico (tristeza, anhedonia o ambas).
6. Deben estar presentes dos de los siguientes: deseo-necesidad imperiosa de consumir cocaína y conducta de búsqueda, D-NIC; letargo y fatiga; enlentecimiento o agitación psicomotora; aumento del apetito; insomnio o hipersomnia; sueños extraños y desagradables (Miller y Gold, 1998). La primera fase de recuperación del síndrome de abstinencia es peligrosa para la recaída. En la segunda, no obstante que la mayoría de los adictos están hipotímicos, con bajo nivel de ansiedad y escasa apetencia por la droga, muestran dificultad para conciliar el sueño y al cabo de 12 horas a una semana emerge la apetencia, así como un estado ansioso y anhedónico constante, que muestra un cuadro clínico confuso y paradójico. La tercera y última parte evolutiva del síndrome consiste en un periodo de estabilización, donde el D-NIC desaparece, existiendo todavía cierto riesgo menor de recaída, que sin embargo ha de tenerse en cuenta para favorecer la abstinencia a largo plazo y estimular la motivación de permanecer en ella como parte del tratamiento correctivo propuesto por la rehabilitación, sin la cual se construiría, aun sin desearlo, un círculo vicioso de reiteración del consumo-daño. De ahí que la recomendación en materia de adicciones es que los tratamientos siempre se lleven a cabo de manera supervisada más allá de cinco años (Lange y Hillis, 2001).

Un problema importante en materia de tratamiento que limita la contención clínica para la dependencia de sustancia es que no existe droga de elección a emplear avalada por la FDA. Pese a ello se han intentado muy diversos manejos (Schottenfeld, Pakes, Ziedonis y Kosten, 1993). Tanto la bromocriptina como el clorhidrato de amantadina y otros medicamentos antidepresivos (imipramina, clomipramina, maprotilina y bupropión) han sido usados, pero siempre con éxito relativo (Kinnell, 2001; Prado, Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 2000). Actualmente algunos investigadores proponen la mirtazapina, la cual se indica a causa de sus efectos sedantes y del control que brinda, en especial de la sintomatología simpática. No obstante, como la experiencia ambulatoria hasta ahora es limitada, se recomienda su uso bajo vigilancia cuidadosa llevando una bitácora comparativa de manejo, que incluso pueda servir a otros clínicos

interesados (Lange y Hillis, 2001). Los pacientes que sufren esta condición típica suelen presentar de manera asociada un grado bajo de eosinófilos y un rash maculopapular morbiliforme y pruriginoso. El estado de abstinencia suele corregirse dentro de las primeras 48 a 72 horas, pero el rash y los componentes de la reacción pueden alcanzar varios días de evolución aun sin complicarse. La dobutamina o fármacos similares pueden usarse en caso de descompensación cardiaca. Si el paciente presenta hipertermia inducida por psicofármacos, debe considerarse que sea de origen fenotiacínico, por butirofenonas, por consumo de cocaína, anfetamínicos, abstinencia de alcohol o bien por salicilatos.

Los síndromes hipertérmicos pueden presentarse en virtud de diferentes efectos. Los problemas respiratorios comúnmente encontrados en usuarios de cocaína incluyen broncoespasmo, embolia pulmonar y necrosis del cartílago nasal, que da lugar a perforación del séptum. La necrosis y fragilidad de la mucosa y el tabique nasal se manifiestan por epistaxis frecuentes; el tratamiento de estos problemas requiere, en muchas ocasiones, corrección quirúrgica. Cuando la cocaína se usa en forma inyectable la patología infecciosa es básicamente la misma que la observada en el caso de la dependencia de opiáceos. Esta patología infecciosa incluye endocarditis bacteriana, meningitis, hepatitis y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida (Lange y Hillis, 2001). La comorbilidad adictiva y psiquiátrica es variada y comprende los trastornos afectivos que pueden agregarse al síndrome de abstinencia, así como el delirium y el estado delirante por cocaína, que también pueden complicar el cuadro. En el primer caso la sintomatología aparece 24 horas después de la ingestión del psicotrópico, y una vez que el efecto farmacológico desaparece también el delirium cesa. El episodio consiste en un episodio clínico típico con alucinaciones táctiles y olfativas, labilidad afectiva o una conducta violenta, agresiva e incluso autodestructiva.

El síndrome delirante por cocaína es un trastorno orgánico, con un rápido y profuso desarrollo de ideación paranoide que aparece poco después del uso de cocaína y que puede persistir semanas o meses, pero puede reducirse si se administra el manejo correspondiente con antipsicóticos a dosis convencionales. Su manejo requiere la administración de neurolépticos incisivos (haloperidol o equivalentes, véase más adelante).

El abuso y la adicción a otras sustancias también representan una complicación psiquiátrica importante, ya que con frecuencia el usuario de cocaína recurre al consumo de alcohol, tranquilizantes o mariguana con el fin de atenuar los efectos de sobrestimulación producidos por la cocaína. Como principales criterios para derivar adecuadamente a estos pacientes al medio hospitalario se debe considerar un cuadro tóxico de rápida evolución con signos y síntomas severos que comprometan seriamente la vida del paciente, como la isquemia del miocardio o la mesentérica, representadas, la primera, por algias precordiales o infarto del miocardio, y la segunda (Hollander, 1995; Kloner y

Rezkalla, 2003) por dolor abdominal intenso, accidentes cerebrovasculares, crisis convulsivas, hipertermia maligna, estado de coma o alteraciones psicóticas intensas. Cabe señalar la importancia de los aspectos legales, dado que se trata de un psicotrópico tanto de producción como de consumo ilegal. La cocaína no está aceptada en la Ley General de Salud.

Por otro lado, destacan los criterios para el tratamiento hospitalario, ya que una proporción menor de casos requiere un manejo de tal tipo debido a la presencia de síntomas graves de abstinencia, ideas de suicidio o síntomas psicóticos.

Se recomienda que el manejo ocurra en un ambiente residencial en los siguientes casos: consumo crónico de cocaína de base libre o por vía intravenosa; dependencia simultánea de otras sustancias adictivas; problemas psiquiátricos o médicos graves; deterioro grave del funcionamiento psicosocial; insuficiente motivación para el tratamiento ambulatorio; falta de familia o de apoyos necesarios para reforzar y favorecer la abstinencia (Stahl, 2005). Se debe considerar además una circunstancia harto frecuente con este tipo de pacientes graves cuando exista fracaso en el tratamiento ambulatorio. Por otra parte, hay que tomar en cuenta que el resultado del tratamiento siempre está matizado por factores como condición laboral, presencia o ausencia de red de apoyo (familiar y social) y rasgos antisociales; en ocasiones éstos tienen mayor peso que la motivación inicial expresada hacia el tratamiento.

Por lo tanto, la estrategia de inicio para el manejo de estos pacientes se centra en:

1. afrontar la negación;
2. enseñar el concepto de la adicción como enfermedad;
3. alentar la identificación del paciente como una persona en recuperación;
4. promover el redescubrimiento de los afectos;
5. reconocer las relaciones ambivalentes con la cocaína;
6. ayudar al paciente a identificar los estímulos situacionales e intrapsíquicos que activan el D-NIC ;
7. formular planes concretos, reales y factibles de apoyo;
8. sustituir la euforia y satisfacción artificiales que proporciona la cocaína por logros más realistas y sentidos;
9. la reunión con otros consumidores debe remplazarse por la búsqueda de otra identidad como persona en recuperación, que también puede compartir con otros pacientes en recuperación (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a; Souza, 2004a).

Asimismo, es muy importante incluir en el manejo acciones específicas dirigidas a la prevención de recaídas, con apoyo en la psicoterapia interpersonal y

grupal (Kampman, Dackis, Lynch, Pettinati, Tirado, Gariti, Sparkman, Atzram y O'Brien, 2006; Miller, Westerberg, Harris y Tonigan, 1996). Las acciones de prevención de recaídas se centran en la identificación y remoción de las situaciones ambivalentes y en el esfuerzo por reducir la disponibilidad de cocaína, así como su demanda; en minimizar las situaciones de riesgo y en desarrollar estrategias apropiadas para el afrontamiento. En adición, se deben reconocer los estímulos condicionados del D-NIC y los patrones de decisión que han conducido al consumo actual; modificar el estilo de vida con alternativas conductuales y evitar los efectos de violación de la abstinencia que llevan al adicto que recae a reforzar su devaluación, sentimientos de culpa y desesperanza (Souza, 2004a). Las pruebas que determinan la presencia de la sustancia en orina (Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2007), saliva o sudor se realizan para asegurar el cumplimiento de la abstinencia y reforzar el recuerdo constante de las consecuencias adversas de la cocaína. Se debe impedir el posible retorno del paciente a las actividades, actitudes, compañías y parafernalia relacionadas con el consumo de la cocaína, como beber alcohol o consumir otras sustancias psicotrópicas, ya que al desinhibir la conducta provocan la recaída (Lange y Hillis, 2001). La terapia interpersonal breve representa un recurso valioso, ya que se basa en la premisa de que los síndromes psiquiátricos (y el abuso de cocaína) están relacionados con alteraciones del funcionamiento interpersonal. Los objetivos incluyen la aceptación de interrumpir el consumo, el dominio de la impulsividad y el reconocimiento del contexto de consumo y búsqueda de cocaína. Asimismo, se presta atención a los factores afectivos y cognitivos en la recaída, y a la interacción entre el consumo de la sustancia y las relaciones con los otros.

Los focos de la intervención son:

1. conflictos interpersonales;
2. cambios de papel;
3. problemas laborales;
4. déficits interpersonales.

En tal caso, la recaída no se estigmatiza sino que se usa como una información importante para que el paciente y el terapeuta esclarezcan las actitudes, circunstancias y emociones que preceden al consumo de la sustancia (Lange y Hillis, 2001; Souza, 2004a). El trastorno psicótico inducido por cocaína con ideas delirantes o alucinaciones se caracteriza nosográficamente por:

1. la presencia de ideas delirantes, aquellas ideas falsas, irrebatibles por argumentación lógica, mantenidas firmemente a pesar de que la evidencia las contradice y de que otros miembros del grupo cultural no las comparten, o de

alucinaciones que aparecen durante el mes subsecuente al cuadro de intoxicación o abstinencia por cocaína;
2. debe considerarse que esta alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias;
3. las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por cocaína pueden ser que los síntomas preceden al inicio del consumo; persisten durante un periodo sustancial (alrededor de un mes), tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave;
4. estos síntomas son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; además hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por cocaína (una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias) (Miller y Gold, 1998).

Dentro de este trastorno pueden existir diferentes subtipos donde predominen las ideas delirantes o las alucinaciones, que aparecen durante la intoxicación o la abstinencia (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a; Souza, Cruz, Díaz Barriga y Guisa, 2007). Su tratamiento a menudo considera que el cuadro se revierte de forma espontánea al suspender el consumo de la cocaína y eliminar el tóxico. Pero si el caso lo amerita puede recurrirse al manejo sintomático con base en neurolépticos (haloperidol 10-15 mg/día, olanzapina 5-15 mg/día, risperidona 2-8 mg/día, aripiprazol 10-30 mg/día, zuclopentixol 10-50 mg/día, entre otros) y/o ansiolíticos (diazepam 10-20 mg/día, alprazolam 0.5-4 mg/día, lorazepam 1-6 mg/día, clorazepato dipotásico 7.5-15 mg/día, entre otros), bajo el esquema de dosis-respuesta; se recomienda iniciar a dosis bajas e ir aumentando en el esquema de dosis-respuesta (Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a).

Por lo que se refiere al trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, como se ha comentado, muchos de los efectos provocados por la cocaína son parecidos a aquellos que se presentan en los trastornos afectivos, por lo que es importante hacer lo antes posible un diagnóstico apropiado de esta entidad para otorgar un tratamiento adecuado y evitar la estigmatización. El estado de ánimo se encuentra notable y persistentemente alterado debido a los efectos de la cocaína sobre los receptores cerebrales, según la fase en la que se encuentre (intoxicación o abstinencia). Puede suponer un estado de ánimo depresivo con una evidente pérdida de interés en el placer, o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

El cuadro clínico de la alteración del estado de ánimo es similar al de un episodio depresivo mayor, maniaco, mixto o hipomaniaco. Pero este cambio en el talante no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo (como padecimiento comórbido), que no sea inducido por cocaína. La sintomatología mencionada regularmente provoca malestar clínico, deterioro

social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Miller y Gold, 1998).

Igual que en el cuadro anterior, al descontinuarse el consumo de la cocaína el cuadro suele revertirse de manera espontánea; sin embargo, en caso de considerarse clínicamente conveniente o a causa de algún otro riesgo, la sintomatología del cuadro puede tratarse con antidepresivos ISRS (fluoxetina 20-80 mg/día, paroxetina 20-60 mg/día, fluvoxamina 100 a 300 mg/día, sertralina 50-150 mg/día, entre otros), antidepresivos tricíclicos (imipramina 100-300 mg/día, desipramina 100-300 mg/día, entre otros) y/o ansiolíticos (diazepam 10-20 mg/día, alprazolam 0.54 mg/día, lorazepam 1-6 mg/día, entre otros) (Lange y Hillis, 2001; Souza, Díaz Barriga y Guisa, 2004a). El trastorno de ansiedad inducido por cocaína se caracteriza por una serie de manifestaciones clínicas. Los síntomas de ansiedad, casi siempre presentes durante y después del uso de la cocaína, ya sea por los efectos de la intoxicación o de la abstinencia, se evidencian en la presencia de ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones. El trastorno de ansiedad inducido por la cocaína puede semejarse a los trastornos de angustia, ansiedad generalizada, obsesivo-compulsiva o fobia social. Como se mencionó en relación con los demás trastornos vinculados con el uso de la cocaína, estos síntomas regularmente provocan un malestar significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Souza, 2004a).

En consecuencia, este cuadro considera en su manejo situaciones semejantes a lo señalado para los otros cuadros derivados del consumo. Tras la interrupción del uso de cocaína, y pasado el periodo temprano de la abstinencia, el cuadro tiende a revertirse de manera espontánea. En caso de persistir, y después de descartar la posibilidad etiológica de una comorbilidad asociada, el manejo puede ser sintomático, utilizando ansiolíticos del tipo de las benzodiacepinas (diazepam 10-20 mg/día), y/o, en su caso, con el uso de antidepresivos ISRS (paroxetina 20 mg/día), iniciando con dosis bajas, monitoreando los síntomas y el apego estricto a la posología indicada (sobre todo con las benzodiacepinas) (Lange y Hillis, 2001). El trastorno sexual inducido por cocaína se basa en un grupo específico de manifestaciones clínicas. Aunque muchos pacientes utilizan la cocaína como un "amplificador" en sus relaciones sexuales, sea para suprimir las inhibiciones o para incrementar la sensación de placer, estos efectos se van diluyendo paulatinamente hasta presentarse trastornos específicos en el funcionamiento sexual (disminución o ausencia del deseo o alteraciones en la excitación, disfunción eréctil). A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio (APA, 2000), existen pruebas de que estos trastornos sexuales se desarrollan por el consumo de cocaína. Los síntomas persisten por un tiempo sustancial (un mes) después de finalizar la intoxicación, o son excesivos dado el tipo o la cantidad de cocaína usada, la duración de su consumo o la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por cocaína

(historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias) (Miller y Gold, 1998).

Su manejo igualmente parte de que, tras la interrupción del consumo de cocaína, el cuadro suele revertirse en un plazo de corto a mediano; en no pocos casos requiere manejo psicoterapéutico especializado complementario. De persistir, debe indagarse alguna otra condición orgánica o psicológica que afecte su etiología y requiera atención.

Por último, el trastorno del sueño inducido por cocaína se caracteriza por la presencia de alteraciones del sueño lo suficientemente graves como para ameritar una atención clínica independiente; se considera que se deben en su mayor parte a los efectos neuroquímicos directos de la cocaína. Pueden presentarse disomnias (insomnio e hipersomnia son las más frecuentes) y/o parasomnias (Miller y Gold, 1998; APA, 2000). El manejo considera que la estabilización del ciclo sueño-vigilia suele recuperarse de manera espontánea pocos días después de suspender el consumo de cocaína o superado el periodo de abstinencia. Es muy útil incorporar hábitos de higiene de sueño que contribuyan a su regularización y mantenimiento.

En los casos de insomnio persistente sería necesario el uso de algún inductor del sueño cuidadosamente seleccionado para evitar el manejo indebido por parte del paciente, como puede ocurrir en el caso de las benzodiacepinas. Medicamentos análogos a estas sustancias (tartrato de zolpidem), los antihistamínicos o el uso de ciertos tipos de antidepresivos con efecto ansiolítico (mirtazapina, amitriptilina, paroxetina) pueden representar una buena alternativa, para evitar el potencial adictivo de las benzodiacepinas; sin embargo, se recomienda el uso de estos medicamentos por corto tiempo. En caso de no presentarse una pronta recuperación debe reevaluarse al paciente para encontrar la posible etiología de los síntomas persistentes (Lange y Hillis, 2001). En conclusión, el abordaje diagnóstico terapéutico del abuso/dependencia de cocaína y su patología derivada, tal como ocurre en otros padecimientos de la amplia gama adictiva, cuenta hoy con estrategias efectivas que incluyen acciones enfocadas a la desintoxicación, el tratamiento farmacológico y las terapias de intervención en crisis para reducir la sintomatología y dar cabida a su manejo a largo plazo (Souza, 2003a). El personal de salud y los demás especialistas interesados en la atención de las adicciones disponen actualmente de lineamientos para apoyar las actividades clínicas que promuevan su adecuado reconocimiento y, en líneas generales, las indicaciones para su manejo, dados los distintos cuadros que aglutina (Miller y Gold, 1998; APA, 2000). Pero aunque en ciertos casos la condición aguda se subsana más o menos de manera fácil, los pacientes siempre requerirán, además, un tratamiento planeado contra la dependencia, so pena de ofrecer sólo manejo sintomático (Souza, 2003a). Para ello debe considerarse la participación a largo plazo y siempre necesaria del psiquiatra o el especialista en adicciones (Levin, Bisaga y Kleber, 2002).

En la bibliografía científica de los últimos años se contemplan distintos componentes que hacen a los tratamientos eficaces o no (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Farre, De la Torre, Llorente, Lamas, Ugena, Segura y Cami, 1993). La variable independiente más importante al respecto, en la que coinciden los autores y la experiencia en el tema, señala que la duración del tratamiento, y en sentido más amplio su continuación a largo plazo (más de cinco años), es la que más efectos benéficos produce (Souza, 2001d), independientemente de que se alcanzase el diseño de una vacuna específica que redujese el riesgo de intoxicación y bloquease los resultados esperados (Kosten, Rossen, Bond, Settkes, Calir, Roberts, Shields, Jack y Fox, 2002). Cabe destacar que por lo general las modalidades terapéuticas que tienen una mayor duración, recomendadas como parte de las acciones contempladas en su programa, obtienen los mejores resultados.

Del mismo modo, los pacientes que continúan en tratamiento por más tiempo logran mejores resultados, cualquiera que sea la modalidad empleada, lo cual es importante a efecto de discriminar entre las alternativas disponibles que los programas emplean (PNUFID, 2003).

Al respecto cabe señalar que los trabajos de investigación han mostrado de manera concluyente que, para los que padecen graves formas de adicción, los mejores manejos de los que se dispone son los que reúnen características integrales; los tratamientos continuados, como los que se dirigen al control de otras enfermedades crónicas; aquellos que son capaces de abordar múltiples problemas a la vez, los cuales constituyen un riesgo para la recaída, como los síntomas físicos y psíquicos, y en particular los factores relacionados con la inestabilidad social y aquellos que están mejor integrados en la sociedad para disminuir el fácil acceso a los efectos de seguimiento y planes de prevención de recaídas (NIDA, 2002; NIDA, 2003; Camí y Farré, 2003). Otro aspecto importante que revelan los estudios contemporáneos es que, si bien la motivación para someterse a un tratamiento desempeña un papel fundamental en cuanto a la participación sostenida que se requiere en el mismo, la mayoría de los pacientes bajo estudio terapéutico que hacen uso de psicotrópicos se someten al manejo como resultado de una combinación de factores de motivación interna, presiones familiares, laborales e incluso judiciales; presiones que, al combinarse con el manejo profesional o paraprofesional (de ello dependen, como es de esperarse, ciertas diferencias —hoy día normadas en la legislación mexicana— respecto a las consecuencias prácticas) (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998), rinden sus frutos tanto al paciente como a la familia y, en el más amplio sentido, a la sociedad.

Con base en lo planteado puede afirmarse que el conocimiento actual indica que es mejor considerar la adicción como un trastorno crónico recurrente, aunque es cierto que no todos los casos de adicción son crónicos, y que varían en

distintas porciones de configuración y están sometidos a diferencias notorias entre un paciente y otro aunque sean consumidores de las mismas sustancias. Esta condición induce a pensar que precisamente por ello mismo algunos pacientes logran recuperarse de forma íntegra, incluso en algunos casos sin tratamiento. No obstante, muchas de las personas que padecen problemas de adicción tienen múltiples recaídas después del tratamiento, y se piensa que continúan estando propensas a recaídas durante muchos años o quizá toda la vida, según las características biopsíquicas y sociales individuales.

De ahí que se considere que, como ocurre con muchas otras enfermedades, es imposible predecir si y en qué plazo una estrategia de cuidados intensivos puede dar lugar a una remisión completa. Por ejemplo, en el caso de la hipertensión, padecimiento analogable, los cambios de la dieta, el ejercicio y los hábitos en la vida a favor de un estilo más saludable pueden reducirla en algunos pacientes sin medicación ni tratamiento continuado; muchos otros necesitan asistencia y supervisión continuada y el uso de medicamentos específicos, además de una evaluación periódica de la dieta, el estrés y el ejercicio. Si la adicción se considera un trastorno crónico, ya no resultará sorprendente que ni el encarcelamiento ni un breve periodo de estabilización resulten eficaces para producir los cambios esperados (PNUFID, 2003). Por otra parte, los estudios al respecto señalan igualmente un complemento de la visión acerca de esta patología, en la que en forma categórica se indica que la educación por sí misma no corrige la toxicomanía, toda vez que no se trata simplemente de falta de conocimientos al respecto. La mayor parte de los pacientes, de hecho, conoce y maneja información al respecto que no es del dominio de otras personas de la comunidad; las consecuencias del consumo de psicotrópicos parecen ser estímulos importantes para someterse al tratamiento en algunos pacientes, pero habría que llegar a ello, lo cual trae aparejadas ciertas consecuencias y gravedad para el caso. Se trata de una condición con la que los clínicos, con base en su experiencia en el manejo de casos, están de acuerdo, pero difieren en el criterio y las recomendaciones de los educadores preventivos. De hecho, muy pocos pacientes abusadores/adictos logran beneficiarse de un planteamiento de tipo correctivo por sí solo; en todas las forma de intervención de la justicia penal se registran tasas de recaída de más del 70%; en el caso de la adicción no se trata simplemente de que la persona se estabilice y elimine las drogas del organismo, sino de que se someta a largo plazo a la corrección lo más completa posible; las tasas de recaída después de los tratamientos de desintoxicación o manejo de la abstinencia son aproximadamente las mismas que después del encarcelamiento, es decir, demasiado altas como para considerarlas útiles como forma rehabilitatoria del problema (PNUFID, 2003). Es nuestro deseo favorecer la colaboración del personal de salud en el logro de la reducción de la dependencia de sustancias psicoactivas, y asimismo prevenir las recaídas; disminuir la morbilidad y mortalidad causadas o asociadas con el uso de drogas y promover la

rehabilitación y su correspondiente reinserción social. En tal dirección, algunos organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han elaborado propuestas sobre mejores prácticas en materia de tratamiento.

En México los esfuerzos realizados en este ámbito evidencian la necesidad de efectuar un tratamiento multidisciplinario que logre alcanzar mayores niveles de efectividad. Para ofrecer una atención situacional adecuada y, en consecuencia, un mejor pronóstico, la estrategia terapéutica debe considerar una evaluación correcta y completa del paciente, e incluir acciones tendientes a identificar trastornos psiquiátricos asociados (comorbilidad psiquiátrica) y problemas médicos relacionados con la dependencia de sustancias que en la actualidad —como problema de salud pública— requiere un manejo multidisciplinario (PNUFID, 2003; NIDA, 2003). De la mano de la carencia de fármacos apropiados para el manejo de esta dependencia, y de su patología comórbida, cabe señalar la existencia en la bibliografía mundial de ciertos estudios que avalan la utilidad de la terapia agonista mediante el uso de la cocaína oral (cocainización), que ha mostrado ser, de acuerdo con estos informes internacionales, una herramienta farmacológica útil para controlar el D-NIC y la reducción del número de recaídas en los adictos que lo son por vía nasal o bien fumadores de la pasta de coca (Llosa y Chang-Fung, 2007; Grabowski, Shearer, Merrill y Negus, 2004).

Ambos esquemas, el llamado de cocalización (que utiliza hojas de coca o sus derivados, infusiones, pastillas o cápsulas de polvo de coca), y el de cocainización (utilizando clorhidrato de cocaína o su forma alcaloide y disponible en cápsulas), se proponen como fórmulas de manejo para ciertos casos. Dado que no existen tratamientos farmacológicos específicos, y que la investigación fármaco-clínica muestra hoy día un insuficiente manejo con medicación a largo y mediano plazo, la terapia agonista se reconoce como una alternativa adecuada (Grabowski, Shearer, Merrill y Negus, 2004) que, junto con la psicoterapia individual y grupal y el uso de antidepresivos como el bupropión (anfebutamona), propician más alto porcentaje de éxito por su fácil acceso, no evidencia de toxicidad y bajo costo comparativo (Schottenfeld, Pakes, Ziedonis y Kosten, 1993; Kinnell, 2001; Prado, Martínez, Martínez, Mercado y Souza, 2000). Aunque muchos compuestos han sido evaluados para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, ninguno ha sido aprobado por la administración de alimentos y medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para esta indicación (Vocci y Elkashef, 2005). Es importante resaltar, por último, que el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y los derivados de su uso no termina cuando se egresa al paciente de la unidad médica asistencial de emergencia o ambulatoria, tras haberse controlado la situación que lo llevó a consulta, sino que, por el contrario, el tratamiento debe continuarse —a través de

diferentes enfoques— para modificar los factores que iniciaron y mantienen el consumo de la cocaína en los ámbitos biológico, psicológico y social.

Para el tratamiento integral se deben incluir diferentes alternativas, tales como intervenciones psicoterapéuticas de corte individual, grupal y familiar; integrar estrategias de prevención de recaídas; considerar y solucionar las contingencias que puedan interferir con los objetivos terapéuticos, y continuar la abstinencia, que puede ser ratificada o no mediante el uso periódico, aleatorio y sin aviso de pruebas antidoping en el recinto residencial de tratamiento. Finalmente, es recomendable incorporar estrategias de reintegración social, rehabilitación vocacional y otros servicios de apoyo (WHO, 1995). Tomando en cuenta lo anterior se arriba a la conclusión de que el mejor tratamiento para el abuso/adicción de psicotrópicos y otras sustancias es la combinación de terapia residencial o ambulatoria *—cuando es factible—,* medicación cuando el caso lo amerite y seguimiento continuado, según sean los distintos modelos de abordaje del problema. Recientes investigaciones farmacéuticas han aportado recursos eficaces para el tratamiento de la dependencia. Por ello se puede referir que las adicciones son enfermedades cerebrales con fuertes perfiles psicofamiliares y socioculturales, *patógenas y difíciles pero tratables* (Souza, 2003f).

RESUMEN

Se presenta una semblanza numérica mundial y nacional del abuso/dependencia de cocaína, que ofrece al lector una visión rápida y completa del tema, en términos de la demanda de consumo, omitiendo las repercusiones individuales, familiares y colectivas derivadas de sus aspectos legales y sociales. El propósito educativo de este capítulo, en términos de dar a conocer y difundir las características de esta patología y sus modalidades clínicas, facilitará que puedan ser reconocidas y evaluadas adecuadamente por el personal de salud. En consecuencia, se describen las principales características fármaco-químicas de la sustancia, su origen y la variedad de la que parten los productos para su consumo. Se esbozan los aspectos clínicos que conforman el cuerpo del artículo (síndromes de intoxicación y abstinencia; síndrome delirante por cocaína, trastorno psicótico inducido por cocaína con ideas delirantes o alucinaciones y los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, sexual y del sueño inducidos por cocaína), a los cuales se agregan las recomendaciones internacionales para su diagnóstico y tratamiento, acordes con la condición y los recursos nacionales. Se enfatiza la importancia de continuar el manejo mixto (farmacológico y psicoterapéutico) una vez controlado el cuadro agudo, a través de la intervención sobre los conflictos interpersonales, los cambios de papel, problemas laborales y demás déficits interpersonales, dado que se ha documentado una más alta eficacia que en el manejo sintomático. Por último, se prioriza la atención sobre la

prevención de recaídas para favorecer la remisión completa de los cuadros y garantizar un manejo de los casos efectivo a largo plazo.

* Modificado de Souza, 2008b.

XXX. ALIANZA TERAPÉUTICA Y APEGO AL TRATAMIENTO: METODOLOGÍA TÉCNICA EN ADICCIONES*

LA ALIANZA terapéutica, también llamada de trabajo, se considera un elemento clínico decisivo de ayuda y representa, a la vez, una maniobra indispensable en cualquier proceso curativo. Dicha alianza es particularmente importante en psicoterapia de las adicciones, donde se considera, además, un elemento estructural del procedimiento técnico destinado a:

1. el control del consumo;
2. el desarrollo de habilidades de prevención de recaídas;
3. la reinserción social de abusadores/adictos (Souza, 2004a).

Lo trascendental de su presencia, observable a la luz del manejo clínico cotidiano, ocurre a partir de que se promueva la consolidación y se logre el mantenimiento de un nivel funcional adecuado del vínculo profesional de ayuda, destinado simultáneamente a dar solidez al apego al tratamiento. Éste, según sea el tipo que se desarrolle, permitirá o no el éxito del tratamiento, más allá del establecimiento de los primeros contactos dedicados al encuadre y los límites técnicos del procedimiento, a lo largo del siempre complicado manejo de los trastornos adictivos, que generalmente se agravan con su inherente comorbilidad y complicaciones (Souza, 2007a).

Además, en su fase postrera, una vez logrado el habitual control farmacológico requerido a menudo en la fase aguda de la sintomatología adictiva y psiquiátrica, la alianza terapéutica deviene imprescindible, no sólo en su calidad de herramienta prospectiva, sino como método útil e irremplazable, siempre que permanezca funcionando productivamente a lo largo del tiempo. El apego al tratamiento, por su parte, es especialmente difícil de lograr y mantener en pacientes poco convencidos de aceptar su problemática y participar de manera activa en el manejo. Tal apego se convierte en la condición *sine qua non* para el éxito rehabilitatorio de cada paciente.

En los usuarios de psicotrópicos y otras sustancias de abuso dicho apego es particularmente importante de establecer, precisamente debido a su condición psicopatológica individual-familiar-social. De modo paradójico, tales pacientes, que requieren ayuda por estar afectados en forma simultánea de muchos aparatos y sistemas, son, sin embargo, personas altamente desconfiadas y defensivas (Souza, 2007a). De hecho, el conjunto de sus especiales características mórbicas, ampliamente documentadas a la fecha, se identifica con claridad desde una perspectiva observacional más amplia y categórica. Este tipo de trastornos presentan:

1. un anhelo especial (craving) hacia la droga, interpretado como deseo-necesidad/anhelo imperioso de consumo y su conducta de búsqueda, D-NIC;
2. recaídas frecuentes de intoxicación y abstinencia producidas en consecuencia;
3. experiencia de haber cursado diversos e insuficientes manejos de estirpe no profesional, que son, por cierto, los más numerosos y disponibles en nuestra comunidad;
4. experiencias de gestión que corroboran un difícil acceso a los servicios de atención curativa-rehabilitatoria, tanto oficiales como privados, así como haber contactado la lamentable deficiencia de la preparación *ad hoc* de su personal;
5. incremento de la necesidad de atención sentida en torno a estos trastornos, asociado con el aumento de las cantidades de consumo de psicotrópicos, así como de los tipos de éstos y sus respectivas modalidades y rutas de administración, a efecto de lograr la anhelada disipación psíquica y trances tóxicos por automedicación y demás "nuevos efectos y emociones" buscados por los pacientes (Souza, 2009).

Véase un reflejo de ello, factible de apreciarse sensiblemente, en el aumento del número de casos reportados en la Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

Más aún, tales dificultades se ven reforzadas por la circunstancialidad social y cultural de los entornos en los que ocurre el fenómeno, que, derivados de la ignorancia y los prejuicios, admiten una pléyade de mitos y constructos equívocos acerca del problema. Al efecto, cabe señalar que desde su cosmogonía ciertos grupos no consideran a la patología adictiva y sus trastornos como un asunto biopsicosocial, sino que tienden a ubicarlo fuera del sustrato orgánico que caracteriza las enfermedades cerebrales (abuso y dependencia de psicotrópicos) e igualmente ajeno a la psicopatología y condiciones mórbicas previas (individuales y sociofamiliares), responsables de prohijar el desarrollo de múltiples alteraciones de salud.

Con ello, algunos de los grupos involucrados en las adicciones, al no contar con acciones técnicas curativo-rehabilitatorias, pretenden verlo como un problema social de tipo mercantil, centrado en la oferta y la demanda, el

narcotráfico y otros problemas socioeconómicos y políticos contemporáneos (Souza, 2001d). A eso se agregan los conflictos derivados de la participación institucional respecto a su acceso y la deficiente preparación del personal de salud para atender tales casos, amén de otros conflictos, como los producidos por la relación vincular del intríngulis formado por el procedimiento técnico y la influencia de los entornos operacionales, no siempre compartidos, entre el personal de salud y el paciente (Souza, 2001d).

En consecuencia, conviene destacar que los procesos de personalidad y las diferencias individuales establecen una correlación observable entre el estilo de apego desarrollado en la infancia (a modo de impronta) y ciertas variables psicológicas determinantes de comportamientos, que, sin conciencia de sus portadores, interactúan en muchos ámbitos durante la vida adulta.

De acuerdo con la teoría del apego propuesta por J. Bowlby (Bowlby, 1969), por sólo citar una línea de investigación reconocida por la consistente documentación mundial de sus hallazgos, existen tendencias innatas que regulan la forma en que el ser humano responde ante las amenazas, el peligro y las pérdidas, que se relacionan estrechamente con la manera como se establecen las vinculaciones con las personas significativas. Tal conducta se organiza a través de sistemas de control cerebral relacionados con funciones de protección y supervivencia. De modo que los niños que desarrollan interacción positiva con su cuidador internalizan la sensación de seguridad que les permite expandir sus emociones.

Este apego *seguro* (cuando el cuidador demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé) le permite desarrollar un concepto positivo de sí mismo y un sentimiento de confianza hacia sí y los demás. Más adelante, al interrelacionarse, tales personas tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias y, en lo intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas.

A diferencia del apego *ansioso* (cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, y hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo), tales personas no asumen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. En ellos ocurre un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. El apego *evitativo* (cuando el cuidador desatiende constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo cual no le permite desarrollar el sentimiento de confianza que necesita) hace que tales personas se sientan inseguras hacia los demás y esperen ser rechazadas por ellos, conforme a sus experiencias previas de abandono (Mikulincer y Florian, 1998).

Cabe enfatizar que tales estilos de apego continúan su actuación e influencia a lo largo de la vida, y las nuevas relaciones se afectan por las expectativas desarrolladas en las experiencias de relación pasadas (Waters, Hamilton y Weinfield, 2000).

Éstos tenderán a mostrarse multifacéticamente y a influir de manera conflictiva en las relaciones de ayuda, a las que recurren aquellas personas que las requieren a causa de sus trastornos. La investigación sobre el tema analiza la influencia de los estilos interpersonales de los pacientes en relación con las respuestas del terapeuta durante el proceso terapéutico (Leiper y Casares, 2000). Sus resultados identifican tres vertientes que influyen sobre los problemas de la alianza terapéutica que afectan el apego al tratamiento:

1. preocupaciones por la pérdida o rechazo;
2. sentimientos relativos al conflicto;
3. necesidad de contacto estrecho o proximidad.

Asimismo, categorizan las respuestas del terapeuta, como:

1. suministro de continencia, seguridad y estructura;
2. reflejo de las emociones y preocupaciones del paciente;
3. interpretación o desafío del estilo de apego del paciente.

Todo lo cual lleva a hipotetizar que las respuestas del terapeuta (contratransferencia) a los problemas del paciente están mediadas igualmente por sus estilos de apego, existiendo evidencia de que el terapeuta tiende a responder con *reflexión* a estilos que muestran preocupación, y con *interpretación* a aquellos que muestran un estilo evitativo (Eames y Roth, 2000). Las características del terapeuta y los diferentes aspectos de la alianza terapéutica influyen en el trabajo terapéutico (Muran, 2001), debido a que las experiencias de apego logran internalizarse como una narrativa propia, a la edad de 3-5 años, y ésta es la base de una función autorreflexiva y de la capacidad autobiográfica de la propia vida, la cual, posteriormente, lleva a plantear como objetivos psicoterapéuticos:

1. la búsqueda de la intimidad;
2. la autonomía.

Recientemente, al estudiar la relación entre el tipo de apego de los pacientes adultos y la alianza terapéutica, se ha observado que el apego *inseguro* se asocia con resultados de evaluaciones más bajas de la alianza, mientras que el *seguro* muestra los más altos (Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro, Agnew-Davies, Rees y Barkham, 2004). Hoy se acepta, con bases confiables, que la frecuencia

de ruptura se asocia con un apego *ansioso,* y uno *evitativo,* con una menor frecuencia de rupturas (Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro, Agnew-Davies, Rees y Barkham, 2004). Tal enfoque indagatorio busca comprender la dinámica del *self* y el cambio esperado, basado en la convergencia de perspectivas y desarrollos teóricos en relación con las rupturas de la alianza terapéutica y los *impasses* por los que atraviesan. Por ello se sugiere intensificar el estudio de la experiencia subjetiva del terapeuta en el contexto de la alianza terapéutica, especialmente en lo relacionado con la superación de sus rupturas (Anolli y Balconi, 2002).

En tal sentido, resulta útil el uso de la entrevista clínica, a efecto de identificar los estilos de apego haciendo énfasis en el análisis temático y semántico del discurso en ambos participantes (Juffer, Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 1997). Tómese como ejemplo el estudio de los episodios de sonrisa mutua (ESM) entre terapeuta y paciente, como elementos clave de los intercambios afectivos que regulan la comunicación (De Roten, Guillièron, Despland y Stiegler, 2002). Se han identificado cuatro tipos con distinta función social:

1. coordinación de señales afectivas;
2. intercambio de emociones;
3. negociación de papeles sociales;
4. regulación de conflictos.

Todos ellos presentan ciertas diferencias de expresividad dadas por el número de ESM, en términos de alianza terapéutica durante cada sesión. Todos ellos ratifican la importancia de los mecanismos de regulación emocional para la formación del vínculo terapéutico (Bowles, 1988), a la luz de la relación entre la organización del discurso y las representaciones mentales de las experiencias de apego (Orlinsky, Ronnestad y Willutski, 2004). Dada la complejidad de la evaluación de la regulación emocional, se sugiere incluir todos los elementos que componen el discurso del paciente (coherencia, comprensibilidad, continuidad, congruencia, plausibilidad y equilibrio afectivo) cada vez que se evalúe una situación determinada.

En ello destacan tres aspectos esenciales:

1. la estructura (forma como se relacionan las distintas experiencias que configuran la narrativa considerando pasado, presente y futuro);
2. el contenido (temáticas presentes en el discurso, como las presentadas en forma recurrente por el paciente, que se asocian con rupturas afectivas experimentadas como abandono y que conforman un estilo de apego *inseguro*);

3. *la calidad* (tono emocional discursivo en cada una de las experiencias narradas, como un significado personal depresivo, caracterizado por rabia y desamparo en situaciones difíciles).

En consecuencia, para que la alianza terapéutica sea productiva se requiere un amplio repertorio de dichas habilidades. Conviene entonces detectar lo antes posible si el paciente cuenta con ellas o no, para ofrecerle experiencias correctoras de apego en un contexto terapéutico, y así fomentar el cambio y su mantenimiento (Orlinsky, Ronnestad y Willutski, 2004).

Se entiende por alianza terapéutica la relación profesional que establece el psicoterapeuta con el paciente, pero más especialmente el modo como éste en particular es capaz de formarla con su paciente para afectarlo de manera positiva y así poder ayudarlo desde la primera sesión (Valdés, 2002). Todo psicoterapeuta debe promover y mantener una alianza terapéutica productiva con base en su sensibilidad hacia el paciente y la terapia, manejando lo mejor posible la subjetividad propia y un estilo de apego favorecedor de la asimilación y la acomodación de la narrativa personal (Macewan, 2009).

La mitad de los psicoterapeutas considera que los esfuerzos desplegados en la primera sesión influyen en el resultado de la terapia; la otra mitad reconoce que los esfuerzos para establecer la alianza en la primera sesión son tan importantes que suelen trascender, incluso, más allá de la terapia (Orlinsky, Ronnestad y Willutski, 2004). Se trata, sin duda, de un fuerte predictor de resultados psicoterapéuticos en las diversas orientaciones y modalidades, sobre todo si se evalúan sus resultados y el apego al tratamiento en la fase medial o final del manejo (Martin, Garsky y Davies, 2000a). Cabe destacar que la mayor parte del trabajo en torno al tema se deriva de la investigación psicodinámica (Knobloch-Fedders, Pinsof y William, 2007), cuyos componentes son la transferencia-contratransferencia y la relación real (Greenson, 1967; Gelso y Carter, 1985), y su interacción (Gelso y Carter, 1994).

Ello incluye los acuerdos que rigen el marco terapéutico y sus límites, la neutralidad y la abstinencia, así como las cualidades personales y capacidades que terapeuta y paciente aportan al proceso psicoterapéutico: sintonía con empatía, confianza, autonomía, autoridad, responsabilidad, libertad e iniciativa, entre otros. En la medida en que tales cualidades por fin se establecen, la alianza terapéutica tiende a ser operativa y más efectivo es el apego al tratamiento, lo cual desempeña un papel esencial en la estructuración del citado proceso.

Pero la alianza terapéutica no ha de confundirse con *relación terapéutica* ni con *apego al tratamiento,* pues se conceptualiza *per se,* como un componente de la terapia (Gelso y Samstag, 2008) formado por tres elementos:

1. *objetivos,* aquellos que el paciente espera obtener de la terapia, basados en la presentación de las preocupaciones que disparan el proceso;

2. *tareas o acciones,* las que terapeuta y paciente están de acuerdo en realizar para alcanzar los objetivos;
3. *marco teórico del esquema de trabajo,* que representa confianza en que las tareas realizadas permitirán lograr los objetivos planteados (Gelso y Hayes, 1998).

El desarrollo del concepto de alianza terapéutica es omnipresente y central desde sus orígenes hasta las actuales formulaciones psicodinámicas que abarcan cuatro áreas:

1. la relación entre una alianza positiva y el éxito de la terapia;
2. el camino de la alianza con el tiempo;
3. el examen de las variables que predisponen a los individuos para desarrollar una alianza fuerte;
4. la exploración de la terapia en factores que influyen en el desarrollo de una alianza terapéutica positiva (Bordin, 1979; Horvath y Luborsky, 1993).

El carácter positivo de la predicción psicoterapéutica, y por ende del apego al tratamiento, contrasta con una gran diversidad de programas de tratamiento cuya eficacia se desconoce (De León, 1995), en tanto no realizan una apropiada investigación de sus elementos.

Se ha documentado que las valoraciones de los pacientes respecto al apego y utilidad del tratamiento son conocidas y asignadas por el terapeuta (Connors, Carrol, DiClemente, Lonbaugh y Donovan, 2002). A través de la revisión de las contribuciones de las teorías acerca de los factores curativos, en forma especial en el psicoanálisis y en la psicoterapia psicodinámica, se han encontrado siete factores clínicos de evidencia cuantitativa demostrada, que influyen en el proceso curativo-rehabilitatorio, a través del apego:

1. la calidad de la alianza terapéutica;
2. la exactitud de la formulación de la transferencia;
3. la exactitud de las interpretaciones;
4. la calidad de la comprensión de uno mismo;
5. los cambios en el patrón transferencial;
6. el grado de internalización de los beneficios;
7. el nivel de salud mental logrado (Horvath y Symonds, 1991).

Amén de la experiencia del psicoterapeuta (Luborsky, 1996), elemento obvio a considerar en estas formulaciones, existen otros factores que afectan también la alianza terapéutica, como la pléyade de síntomas psiquiátricos, los que de acuerdo con su varianza e intensidad tienden a no favorecerla (Raits, 2000; Anolli y Balconi, 2002). El apego intenso al tratamiento desde las primeras

sesiones hace que el paciente, de modo general, se adhiera mejor al manejo. De hecho se han vinculado los estilos de apego *inseguro* con pobres alianzas terapéuticas (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002; Buchheim, Strauss y Kächele, 2002; Weaver y De Waal, 2002; Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro, Agnew-Davies, Rees y Barkham, 2004).

Y se ha documentado que una alianza terapéutica que se fractura y se repara produce mejor pronóstico que una alianza terapéutica que no se fractura o que la que se fractura y no se repara, en la inteligencia de que cualquier psicoterapia evoluciona, como es de esperarse en toda relación humana, siguiendo un curso de altibajos (Martin, Garske y Davis, 2000b). La relación global de la alianza terapéutica (Horvath y Greenberg, 1986) es evaluable a través de varias escalas (Barret-Lennard, 1962; Gaston y Marmar, 1991; McGuire-Snieckus, McCabe, Catty, Hansson y Priebe, 2007; Carroll, Rachel, Sufry, Nuro, Frankenforter, Ball, Fenton y Rounzaville, 2000), y sus resultados se muestran consistentes con las investigaciones.

La Escala de Adhesión Terapéutica de Yale, por ejemplo, un sistema general para la calificación del apego al tratamiento y la calificación de la competencia en la prestación de tratamientos antiadictivos:

1. evalúa su manejo (evaluación del apoyo general, metas del tratamiento, etcétera);
2. compara los tratamientos (gestión clínica, doce pasos de Alcohólicos Anónimos y terapia cognitivo-conductual);
3. evalúa el uso de centros para actividades juveniles y la práctica de psicoterapia;
4. asimismo, evalúa el uso combinado de la farmacoterapia con psicoterapia, especialmente dirigida contra los trastornos adictivos y sus condiciones comórbidas (Beck, 1995).

Más aún, en la actualidad se dispone de escalas de evaluación cuyos resultados de aplicación supervisada proporcionan evidencias de su utilidad en la identificación de pacientes en alto riesgo de fracaso terapéutico. Asimismo, el papel del escenario de la terapia favorece la conceptualización global e inicial del caso (Safran y Muran, 2000), la cual es dinámica y tiende a cambiar a menudo, con la nueva información o acontecimientos, por lo que el personal de salud debe permanecer en alerta constante para registrar sus posibles variaciones.

En consecuencia ha de promover calidez, auténtica amistad, contacto visual, empatía, escucha activa, repetición de lo que dice el paciente a efecto de clarificar en caso de duda, y todo ello en el seno de la asistencia técnica demostrada a través del respeto al paciente, haciéndolo sentirse cómodo, favoreciendo una pronta respuesta, la demostración de sensibilidad ante las actitudes compartidas, la credibilidad de lo planteado y una duración razonable de las sesiones (Gilmore,

Lash, Foster y Blosser, 2000), de acuerdo con el tipo de caso y el procedimiento teórico-técnico empleado.

Todo ello puede mejorarse con el uso de escalas, que le permiten al clínico predecir con mayor precisión el curso del manejo y mejorar el apego al tratamiento antiadictivo (Meier, Barrowclough y Donmall, 2004). De ahí el interés de utilizarlas en su contexto prospectivo en trastornos adictivos, dado que desempeñan un destacado papel en su manejo (Krupnick, Sotsky, Simmens, Moyer, Elkin, Watkins y Pilkonis, 1996) y en su comorbilidad depresiva, donde, por cierto, a menudo se usa combinada con fármacos. Por otra parte, se ha documentado que la combinación de apoyo psicosocial y medicamentos lleva a mejores resultados de tratamiento antiadictivo que la sola psicoterapia, sin importar su modalidad, o incluso que la sola farmacoterapia (Volpicelli, Petinatti, McLellan y O'Brien, 2001).

Hoy en día la postura de los autores contemporáneos del tema se centra en ofrecer marcos de apoyo empíricos para la gestión de tratamiento biopsicosocial de la dependencia, de manera compatible con otras acciones terapéuticas, así como el uso de medicamentos para controlar los sustratos anatómico-funcionales descritos en la bibliografía, que participan en la génesis y el mantenimiento de la patología adictiva. Ello con la finalidad de maximizar el apego al tratamiento mediante el incremento de la motivación para el cambio, y no sólo enfocándolo a la eliminación del síntoma, tal como aún ocurre en diferentes sistemas de atención asistencial. La eficacia en la utilización de esta forma de manejo se ha reportado superior a 80% en programas de tratamiento combinado (Volpicelli, Petinatti, McLellan y O'Brien, 2001).

No obstante, la alianza terapéutica no siempre muestra un comportamiento estable y uniforme, pues sus resultados son variables en las distintas modalidades psicoterapéuticas. En adicciones, por ejemplo, se aprecian efectos mixtos, a pesar de que los exámenes toxicológicos en el caso de ciertos pacientes adictos a estimulantes ilegales (cocaína) permanecen más tiempo con resultados negativos durante su manejo (Glazer, Galanter, Megwinoff, Dermatis y Keller, 2003). En esa dirección, debe tomarse en cuenta que los modelos animales de adicción, si bien han producido medicamentos eficaces para reducir los síntomas y mejorar la función, no son todavía, lamentablemente, curativos (O'Brien, 2008).

Y dado que la adicción produce cambios significativos y duraderos en la química y la función cerebrales, a pesar de la existencia de fármacos efectivos (contra nicotina, alcohol y opiáceos, no así para cocaína, anfetaminas y metanfetaminas y mariguana), la alianza terapéutica habrá de privilegiarse para el manejo de la adicción —salvo excepciones— como padecimiento crónico que requiere manejo a largo plazo, y no como un síntoma agudo (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000).

En el caso de una pobre alianza terapéutica en la adicción a opiáceos, por ejemplo, ésta, según investigaciones, se asocia con el consumo no supervisado y la más alta frecuencia de consumo, derivados de una corta duración del tratamiento, así como con la minoría de edad de los pacientes y una menor dosis de metadona para contrarrestar los efectos de la droga, lo cual produce a menudo resultados esperables de laboratorio toxicológico positivos en orina (Dunn, 2009).

La adicción a psicotrópicos y otras sustancias de abuso, como los psicofármacos, es una enfermedad crónica caracterizada por recaídas y dificultad importante para establecer y mantener la abstinencia. Tal condición, esencialmente reiterativa, se hace más patente cuando colabora la interrupción del manejo, por lo que el tratamiento supervisado y a largo plazo se recomienda en todos los casos. El manejo especializado con psicofármacos es necesario para aliviar los síntomas de los trastornos adictivos y en muchas ocasiones también para estabilizar y mantener los estados crónicos alterados, todo lo cual favorece el abordaje psicoterapéutico de los casos.

Asimismo, la aplicación de técnicas de psicoterapia conductual o psicoanalíticamente orientada, una vez que se ha controlado el cuadro y se estabiliza al paciente en su abstinencia, respectivamente, es imprescindible para lograr y reforzar los avances del tratamiento, dada la dificultad rehabilitatoria de estos pacientes. En ello, la experiencia documental guía las acciones terapéuticas hasta la reinserción social de los afectados.

En consecuencia puede afirmarse que la alianza terapéutica y el apego al tratamiento que se derivan de tales esfuerzos son fundamentales para el éxito del manejo de casos. En efecto, en tal dirección basta mostrar como ejemplo de palpitante actualidad los satisfactorios resultados del procedimiento llamado de gestión intensiva, un tipo de intervención psicoterapéutica prometedora para la gestión de la dependencia de sustancias entre mujeres que reciben asistencia temporal para familias necesitadas, el cual ha documentado con éxito una alta mejoría en las tasas de empleo en esta población vulnerable (Morgenstern, Neighbors, Kuerbis, Riordan, Blanchard, McVeigh, Morgan y McCrady, 2009).

Muchas de las personas involucradas en labores terapéuticas pueden incrementar sus habilidades vinculares con los pacientes en la medida en que aprenden, introyectan y desarrollan su capacidad relacional consigo y con las personas de su entorno, lo cual podrá influir favorablemente en su labor cotidiana destinada al manejo de casos y de los familiares de los afectados.

RESUMEN

La alianza terapéutica, base del concepto de apego al tratamiento de cualquier actividad curativo-rehabilitatoria, enfrenta en adicciones diversos impedimentos

que influyen al personal de salud encargado de favorecer el éxito terapéutico de pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos. Se presenta una revisión sucinta de los elementos psicodinámicos que hacen patente la importancia de los factores técnico-metodológicos recomendados en la bibliografía para enfrentar el abordaje satisfactorio de los mecanismos que restringen la práctica terapéutica con estos pacientes y sus familiares.

Todos ellos, por sus características psicopatológicas, se comportan de modo especial y requieren abordajes mixtos más completos, bajo esquemas de supervisión constante, para favorecer una mejor evolución de su apego terapéutico. Limitados por su compleja condición de salud, habrán de alcanzar las modificaciones que los habiliten a comprometerse y participar. Los estilos de apego afectan la dinámica terapeuta-paciente.

Es tarea del profesional ayudar al paciente a desarrollar una mejor participación y consolidar el deseo de superación, dando ejemplo a quienes empiezan a formarse en asuntos terapéuticos. El aprendizaje de la autovigilancia promueve la superación y facilita los procesos del manejo.

Esperemos que se consolide el aludido deseo de superación entre el personal de salud que atiende adicciones; que supervisen su labor y, a su vez, estimulen con su ejemplo a los profesionales en formación a participar de tal aprendizaje en la más deseable forma de autovigilancia, que mejora su propio desempeño a lo largo de su vida profesional y propicia la gran satisfacción de ayudar a quienes lo necesitan.

* Souza, 2009.

XXXI. NOSOGRAFÍA Y TERAPÉUTICA DE LA PATOLOGÍA ALCOHÓLICA*

DOS MIL millones de personas en el mundo consumen bebidas alcohólicas; de éstas, 76 millones tienen consumo excesivo o dependencia del alcohol (UNODC, 2007). Investigaciones recientes señalan que 30% de los pacientes atendidos en salas de urgencias presentan problemas agudos vinculados con automedicación y abuso de psicotrópicos como el etanol. Dada su magnitud y diversidad, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol son considerados como problema de salud pública, y se asocian con un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia de cualquier tipo, homicidios y suicidios.

Se estima que casi uno de cada cinco ingresos a unidades de cuidados intensivos en hospitales urbanos está asociado con trastornos relacionados con el consumo de alcohol. La mitad de las muertes por accidentes de tránsito se relacionan con la ingestión de alcohol del conductor o el peatón, y se estima una proporción semejante, en muertes violentas, del victimario o la víctima. El Servicio Médico Forense informó que entre las defunciones relacionadas con drogas en población masculina de 40 años o más el abuso de etanol se asoció en 81.3% de los casos. Las defunciones ocurrieron más frecuentemente en la calle o en la casa, y las principales causas fueron asfixia y accidentes de tránsito.

De hecho, los accidentes representan el noveno lugar en la carga de enfermedad en el mundo (1.26 millones de muertes y 50 millones de lesionados al año). De continuar la tendencia actual, este factor pasará al tercer lugar para 2020 (aumento de 65%, actualmente con un costo del 1.5% del PIB en países de ingreso medio). La OMS, con motivo del Día Mundial de la Salud (ONUDD, 2004), menciona que la conducción de vehículos cuando hay presencia de alcohol en el organismo es señalada como una de las cinco principales causas de accidentes, con decesos y lesiones resultantes. En consecuencia, el intento de controlar este tipo de conducta por medio de sanciones en leyes o reglamentos se debe al claro efecto del alcohol sobre el organismo del conductor, que altera sus aptitudes de manejo.

En ciertos países de América esta combinación es considerada un delito, porque puede tener consecuencias mortales (uso del instrumento letal que constituye el vehículo). En México fallecen cada año cerca de 17 000 personas

como consecuencia de lesiones generadas en accidentes de tránsito (cuarta causa de muerte de personas en edad productiva y primera causa de mortalidad en jóvenes) (Conadic, 2008). La experiencia mundial identifica la conducción bajo los efectos del alcohol como uno de los principales factores de riesgo en la ocurrencia de accidentes de vehículos de tránsito de motor (NIDA, 2002).

Se estima que hasta en 60% de los casos de accidentes con víctimas mortales estuvo presente la ingestión de etanol o fármacos. Estudios recientes indican que, por cada muerte ocurrida en accidentes de tránsito, en México hay 45 individuos que requieren hospitalización por diversas lesiones de gravedad, muchas veces con secuelas de discapacidad temporal o permanente. Al efecto, cabe señalar que en nuestro país los ingresos a salas de urgencia por accidentes con niveles positivos de alcohol en sangre son más elevados que en los Estados Unidos, a pesar de que se bebe menos (Conadic, 2008; NIDA, 2002). Los pacientes de urgencias traumáticas tienen alrededor de cuatro veces más probabilidades de presentar niveles elevados de etanol en la sangre y alrededor de 2.5 más probabilidades de informar de consumo de alcohol seis horas antes.

Además de los accidentes de tránsito, hay un elevado porcentaje de ingresos hospitalarios por secuelas del abuso de alcohol y se presenta un alto porcentaje de casos de asociación del consumo de etanol con actos de violencia. Dado el impacto psicológico, económico y social que genera este tipo de accidentes, es indudable la urgencia de establecer medidas efectivas que, sustentadas en evidencia científica, permitan contrarrestar el problema de salud pública que representan (Conadic, 2008; NIDA, 2002). La intoxicación, especialmente cuando es grave, contribuye también a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad que conducen a los intentos suicidas y a suicidios consumados. La intoxicación etílica, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos delictivos.

Pero esto no es todo. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol también se asocian con ausentismo, accidentes —especialmente los laborales—, disminución de la productividad, de la calidad de vida, y aumento del costo social y sanitario, entre otras variables (Conadic, 2008; NIDA, 2002). Por otro lado, la comorbilidad psiquiátrica, principalmente los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como la esquizofrenia, se vinculan con frecuencia a la intoxicación, abstinencia y dependencia etílica (Kaplan y Sadock, 1998). El consumo de alcohol es uno de los principales factores de enfermedad en el continente americano y en todo el mundo (ONUDD, 2004; Grant, Dawson, Stinson, Chou, Dufour y Pickering, 2004). Según la OPS el alcohol ocupa el primer lugar entre los riesgos para la salud en los países americanos, excepto en Canadá y los Estados Unidos, donde representa el segundo (Sharman, 2005). Encuestas realizadas en los Estados Unidos muestran que la prevalencia del abuso de etanol se ha incrementado en los últimos años (de 3.03 a 4.65%), a la par que la dependencia ha disminuido (4.38 a 3.81%) (Harwood, 2000).

La embriaguez también se vincula con otro tipo de accidentes fatales: incendios, caídas y muertes por inmersión. La ingestión crónica es la causa número 11 de muerte en los Estados Unidos y la número 20 en México; sin embargo, entre las enfermedades del hígado, que representan la sexta causa de mortalidad en el país, la hepatopatía alcohólica es la principal (Conadic, 2004). En México la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) muestra que existen casi 32 millones de personas de entre 12 y 65 años que consumen alcohol (ENA, 2003); adicionalmente, 13 millones lo consumieron en el pasado aun cuando no bebieron durante el último año. Se estima que el volumen total de etanol alcanzó 2.79 litros de consumo *per capita* en la población de 12 a 65 años.

El patrón de consumo varonil característico de población urbana es de moderado alto (consumo mensual ≥ 5 copas por ocasión) a consuetudinario (consumo ≥ 5 copas al menos una vez/semana). En mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión, seguido por el patrón de consumo moderado alto (ENA, 2003). En el grupo de adolescentes entre 12 y 17 años cerca de tres millones consumieron al menos una copa completa de bebidas alcohólicas en el año previo (ENA, 2003). En la población urbana la cifra alcanza alrededor de 1.7 millones de varones y 1.2 millones de mujeres (1.4 varones por cada mujer), mientras que en la población rural se aprecia un índice menor de consumo en hombres y en mujeres (1.8 hombres por cada mujer).

Las consecuencias de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol informadas con mayor frecuencia en adolescentes son los problemas con la policía suscitados mientras se consumían bebidas alcohólicas, sin considerar los problemas derivados de conducir automóviles, los cuales suelen ser más frecuentes entre los varones y representan la principal causa de muerte en este grupo de edad (ENA, 2003). La Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, Medición 2003 (INP/SEP, 2003), indica que 65.8% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y 35.2% lo han consumido en el último mes. Al analizar la población por nivel educativo se observa que 24.4% de los adolescentes de secundaria consumieron etanol en el último mes, porcentaje que se duplica en escuelas de educación media superior (48.3% en escuelas técnicas y 51.7% en bachillerato).

Se aprecia mayor consumo en adolescentes que provienen de familias en las que el padre tiene escolaridad de secundaria o mayor, que en aquellas en las cuales su escolaridad es de nivel de primaria o menor. Los resultados globales indican que 23.8% de los estudiantes de la ciudad de México consumen cinco copas o más por ocasión, al menos una vez al mes, porcentaje similar al informado en encuestas anteriores. Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ, 2004), informó que, de los 18 070 pacientes atendidos durante el año 2000, 5 835 mencionaron el etanol como droga de inicio. De ellos, 86.2% fueron hombres; 58.6% tenían edad de entre 5 y 19 años. La mitad de los varones iniciaron el consumo entre 15 y 19 años y reportaron uso semanal; 92% de ellos

mencionó haber iniciado el consumo con alcohol para seguir con una segunda droga: 47.7% tabaco; 21.8% mariguana y 17.9% cocaína. Como droga de impacto el alcohol ocupa el tercer lugar (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004a).

El alcohol etílico (etanol), cuya fórmula es C_2H_5OH, es un líquido transparente, incoloro, con sabor y olor característicos. Desde la antigüedad se obtiene de la fermentación de azúcares contenidos en frutos y cereales; es posible concentrarlo por destilación a partir de soluciones diluidas; el de uso comercial tiene 95% en volumen de etanol y 5% de agua. El alcohol etílico apto para el consumo humano se encuentra en diferente cantidad y graduación en las bebidas alcohólicas; las fermentadas contienen entre 7 y 12% de etanol; se obtienen a partir de frutos o cereales —uva, manzana, cebada, etc.— gracias a la acción de microorganismos que convierten el azúcar en alcohol. Las destiladas se logran sometiendo las bebidas fermentadas a altas temperaturas para evaporar el agua y condensar e incrementar la concentración de alcohol, que puede llegar a 95%. El sabor de las bebidas —vino, cerveza, ginebra, whisky, vodka, etc.— difiere a consecuencia del contenido de sus "congéneres": una combinación de metanol, butanol, aldehídos, fenoles, taninos, plomo, cobalto, hierro y otras sustancias (Souza, 2000e).

El contenido de una bebida alcohólica tipo (copa) es de entre 10 y 12 g de etanol, equivalentes a una cerveza de 360 ml, 120 ml de vino de mesa, y 30-45 ml de destilados que contengan 40% de alcohol. En un adulto promedio de 70 kg el consumo de una bebida tipo eleva el nivel de etanol en sangre 15-20 mg/dl. El etanol se absorbe de manera rápida a través de la mucosa del aparato digestivo, principalmente en la porción proximal del intestino delgado, donde ocurre también la absorción de varias vitaminas del complejo B (por lo que ésta se ve afectada por la ingestión de alcohol). La absorción de alcohol es mucho mayor cuando el aparato digestivo se encuentra vacío, y es mucho más lenta cuando se ha ingerido una comida copiosa, rica en grasas y carbohidratos. La sustancia llega rápidamente al torrente sanguíneo, y como resultado de su alta solubilidad en agua, se distribuye casi a todos los tejidos corporales. Como consecuencia de su liposolubilidad es probable que el etanol tenga efectos sobre las membranas corporales ricas en grasa, incluyendo las neuronas.

El organismo humano tiene la capacidad, en términos generales y con funcionamiento hepático normal, de metabolizar y excretar el alcohol contenido en una bebida tipo por hora, y a ritmo de esta dosificación dinámica la persona puede mantenerse sobria durante un evento de varias horas. El metabolismo del etanol ocurre a nivel hepático a través de cuatro distintas vías que finalizan produciendo acetaldehído (enzima alcohol deshidrogenasa, ADH; cofactor dinucleótido de nicotinamida adenina, NAD; sistema oxidativo microsomal, MEOS, y enzima aldehído deshidrogenasa, ALDH). Se calcula que de 2 a 10% del etanol es excretado sin cambio por vía pulmonar, renal y a través de la traspiración. El alcohol tiene efecto importante en la mayoría de los sistemas neuroquímicos;

muestra efectos diferentes a dosis distintas y algunas veces efectos opuestos durante la intoxicación y la abstinencia (Kosten y O'Connor, 2003).

Una de las teorías sobre los mecanismos que subyacen a la intoxicación se vincula a sus efectos sobre la membrana celular, puesto que el etanol tiende a disminuir los niveles de rigidez de la misma, con la subsiguiente incapacidad celular para controlar entrada/salida de electrolitos. Otras líneas de investigación se abocan a los cambios en los sistemas dopaminérgico, GABAérgico, glutamatérgico, opioide, serotoninérgico y de endocannabinoides (Di Chiara, 1995; Camí y Farré, 2003). Los efectos depresores del etanol sobre el sistema nervioso central son rápidos debido a su fácil absorción en el tubo digestivo. La intensidad de aquéllos depende de la concentración de alcohol en la sangre, la cual está relacionada con el contenido de etanol en la bebida, la cantidad y velocidad de ingestión y la presencia de alimentos en el estómago, así como la tolerancia, cronicidad del consumo, peso corporal y sexo del sujeto.

El etanol tiene efecto astringente capaz de provocar lesiones celulares por deshidratación y precipitación del protoplasma. En adición, irrita las superficies denudadas y las mucosas. Su efecto vasodilatador promueve la disminución/pérdida de la temperatura corporal, acompañada de enrojecimiento y rubefacción. Sobre el sistema nervioso central se manifiesta en áreas que participan en funciones altamente integradas. Las estructuras del sistema reticular ascendente, SRA, son especialmente sensibles a los efectos del alcohol: los grados más finos del discernimiento, la memoria y la concentración; el efecto sobre el SRA también es responsable de alteraciones en el sueño, el que suele ser inducido con mayor rapidez; asimismo, disminuye los movimientos oculares rápidos (MOR); inhibe la fase cuatro del sueño, y produce fragmentación del mismo (alteraciones entre sus etapas).

En los grados más leves de la intoxicación se presenta aumento de la autoconfianza y la socialización, desinhibición, comportamiento expansivo, verborrea, inestabilidad anímica y emocional y elevación del umbral al dolor. La ingestión de dosis elevadas de alcohol y de otros depresores del sistema nervioso central se asocia con episodios de amnesia anterógrada, denominados popularmente "lagunas mentales", cuyo carácter episódico la diferencia del cuadro de trastorno amnésico persistente inducido por alcohol. Se estima que 10% de los consumidores crónicos de alcohol pueden presentar neuropatía periférica a consecuencia de la combinación de deficiencias vitamínicas y de los efectos directos de la sustancia y sus metabolitos sobre el sistema nervioso, con deterioro de la función nerviosa a nivel distal, manifiesto por adormecimiento y parestesias, generalmente bilaterales.

También se ha informado de la degeneración cerebelosa (ataxia, dificultad para permanecer de pie y nistagmo leve), atribuida a la deficiencia vitamínica y a los efectos del etanol y el acetaldehído (Kaplan y Sadock, 1998). En el EEG se observa una disminución en el ritmo de las ondas cerebrales.

Experimentalmente se produce un periodo de acción anticonvulsiva seguido de un periodo prolongado de hasta 12 horas de hiperexcitabilidad que puede precipitar crisis convulsivas, lo cual, según la experiencia de algunos clínicos, se corrobora por la presencia de sueños terroríficos que ceden al mejorar el cuadro clínico del paciente. El etanol provoca irritación aguda y severa de la mucosa gástrica y esofágica, que regularmente, cuando no recibe manejo adecuado, se acompaña de vómito y sangrado de curso intermitente. El hígado y el páncreas son particularmente vulnerables al efecto del alcohol. La acumulación de grasas y proteínas en las células produce una inflamación reversible que se ha descrito como hígado graso, la cual, asociada con el incremento de la función hepática y del depósito de material colágeno e hialino, favorece la presencia de cirrosis. Alrededor de 15% de los bebedores de elevada cantidad de alcohol presentan pancreatitis aguda, que puede llegar a ser fatal, o bien volverse crónica con complicaciones del metabolismo de la glucosa (diabetes) y trastornos digestivos. La ingestión de grandes cantidades de alcohol eleva la presión arterial, los niveles de colesterol, LDH y triglicéridos, incrementando el riesgo de infarto del miocardio. Los cuadros de cardiomiopatía alcohólica que suelen acompañarse de insuficiencia cardiaca se asocian con la toxicidad del etanol en grandes dosis.

En el sistema hematopoyético se ha observado una disminución en la producción de leucocitos y alteraciones en su migración. El uso de alcohol se asocia con anemia secundaria a su absorción, deficiencia de vitaminas del complejo B y ácido fólico; alteraciones en el sistema inmunológico e irritación sobre las mucosas, que podría ser responsable de las tasas elevadas de neoplasias encontradas en alcohólicos a nivel del aparato gastrointestinal —boca, esófago, estómago, hígado y colon—, así como en pulmón, cuello y cabeza. Como el alcohol y el acetaldehído atraviesan la barrera placentaria con gran facilidad, a dosis suficientemente altas producen la muerte del producto. Los productos de madres bebedoras suelen desarrollar una serie de afectaciones irreversibles que caracterizan el síndrome alcohólico fetal, SAF (afectación del sistema nervioso central, retraso mental severo, microcefalia, talla baja, retardo del crecimiento y anormalidades faciales, como puente nasal aplanado, ausencia de filtrum y pliegues epicánticos), así como defectos en el séptum auricular y sindactilia. Los niños con SAF pueden sufrir discapacidades físicas y problemas de aprendizaje, memoria, atención, en solución de conflictos, además de problemas sociales y de conducta.

El consumo de etanol durante la gestación también se asocia con síndrome de muerte repentina de cuna o síndrome de muerte súbita infantil. Debido a que no se ha establecido la cantidad exacta de alcohol necesaria para producir alteraciones, y tampoco parece existir un periodo en el cual se pueda beber sin consecuencias para el embarazo, las mujeres sexualmente activas y que no usan ningún anticonceptivo eficaz deben evitar tomar cualquier cantidad de alcohol. De hecho, los tipos de alcohólicos, caracterizados con base en factores genéticos

y socioambientales, determinan mayor riesgo de salud para la mujer que consume alcohol que para los varones, debido a la diferencia de su peso, cantidad de grasa y agua en su economía corporal (Cloninger, 1987; Babor, Dolinsky, Meyer, Hesselbrock, Hofmann y Tennen, 1992). La determinación de la cantidad de etanol ingerida puede medirse a través de su concentración en el aire espirado o en una muestra de sangre; la embriaguez se presenta con niveles de alcoholemia de 0.08g/dl.

La intoxicación por etanol se caracteriza por consumo reciente de etanol; cambios psicológicos y conductuales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después del consumo de alcohol; uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria y estupor o coma. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (APA, 2000). Como el cuadro es semejante al provocado por cualquier otra droga con efectos depresores del sistema nervioso central, como sedantes —hipnóticos o ansiolíticos— y opiáceos, debe tenerse presente en el momento de establecer el diagnóstico diferencial.

También hay que considerar la alta frecuencia del consumo de varias sustancias; el aliento alcohólico permite identificar fácilmente la presencia del alcohol en el organismo, pero no descarta la existencia de otras sustancias, por lo que puede resultar necesario recurrir a pruebas antidoping para poder detectar o descartar otros trastornos. La intoxicación por alcohol y su dependencia se distinguen de otros trastornos inducidos por alcohol, como el trastorno por ansiedad durante la abstinencia, porque los síntomas de estos últimos trastornos exceden a los que se asocian habitualmente con la intoxicación o abstinencia etílica (Brown, Irwin y Schuckit, 1991) y, además, son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. La diferencia con la intoxicación idiosincrásica o intoxicación patológica por alcohol es que en ésta existe un cambio de comportamiento agudo, habitualmente con marcada agresividad verbal o física —que no es habitual cuando la persona está sobria— y amnesia posterior, que sigue a la ingestión de cantidades relativamente pequeñas de alcohol. Por lo general la intoxicación leve a moderada, y sin complicaciones, puede ser manejada de manera ambulatoria, pues se revierte de manera espontánea en las primeras ocho horas tras haberse detenido o restringido el consumo. La inducción del vómito es de escasa utilidad debido a la rápida absorción del etanol a nivel del aparato digestivo y tiene el riesgo de broncoaspiración, sobre todo con deterioro del estado de alerta. Es conveniente la vigilancia por parte de los familiares o responsables, sobre todo durante las primeras 24 a 48 horas. El estado de estupor o la alteración en los signos vitales

son indicadores de un cuadro de intoxicación grave (Souza, 2000e). El tratamiento requiere llevarse a cabo en un medio hospitalario dotado de los recursos humanos y tecnológicos necesarios para enfrentar complicaciones graves, como broncoaspiración y paro respiratorio (Levin, Bisaga y Kleber, 2002).

La mayoría de las intoxicaciones severas se presentan en pacientes que han ingerido grandes cantidades de alcohol, ante ingestión simultánea de otros depresores del sistema nervioso central o en presencia de traumatismos, procesos metabólicos o infecciosos concomitantes (Kaplan y Sadock, 1998). En los casos en que el paciente se encuentra inconsciente y no existe seguridad de la presencia de alguna otra droga asociada con la intoxicación deben realizarse pruebas toxicológicas para su identificación a fin de establecer las medidas terapéuticas pertinentes.

El efecto diurético y emético del etanol, junto con una pobre ingestión oral, pueden conducir al paciente intoxicado a una depleción del volumen secundario y al desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que resulta necesaria la canalización de una vena para la reposición, en caso necesario, de líquidos y electrolitos, así como para la administración de medicamentos. Puede utilizarse una mezcla de 1 a 1 de solución con 5% de dextrosa y 0.45% de cloruro de sodio, 2 g de sulfato de magnesio, 1 mg de folato y 100 mg de tiamina; en pacientes diabéticos debe tenerse precaución en el uso de soluciones glucosadas (Kaplan y Sadock, 1998). La administración de tiamina es útil a fin de disminuir el riesgo de neuropatía y otras complicaciones neurológicas que ocurren en el alcoholismo crónico, encefalopatía de Wernicke y psicosis o demencia alcohólica de Korsakoff (Bezchlibnyk-Butler, Jeffries y Martin, 2000). La reposición de líquidos debe efectuarse con base en el balance hídrico de 24 horas para evitar el riesgo de sobrehidratación. Hay que tener presente la posibilidad de hipoglucemia y acidosis metabólica, para su adecuado manejo. Después del egreso hospitalario debe continuarse el tratamiento a nivel ambulatorio (Goldman y Barr, 2002) y, una vez determinada la existencia de dependencia del etanol, es decisivo para su rehabilitación asignar tratamiento a largo plazo, más allá de cinco años (Souza, 2007a).

El síndrome de abstinencia de alcohol se caracteriza por presencia de dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica, diaforesis o taquicardia de frecuencia mayor de 100/minuto; tremor distal, insomnio, náusea o vómito, alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias, agitación psicomotriz, ansiedad y crisis epilépticas (Kosten y O'Connor, 2003). Cuando se observen ilusiones o alucinaciones, el clínico puede registrar las alteraciones perceptivas. Los síntomas suelen aliviarse con la administración de etanol u otros depresores del sistema nervioso central, lo cual corrobora la presencia del cuadro. Las manifestaciones de la abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre cesan o disminuyen, lo cual suele ocurrir

de 4 a 48 horas tras el cese o la reducción del consumo, alcanzando su mayor intensidad a las 48 horas; mejoran notablemente en cuatro a cinco días (APA, 2000). De acuerdo con los resultados de encuestas clínicas se sabe que menos de 10% de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves, como hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium. Asimismo, las crisis convulsivas aparecen en menos de 3% de los sujetos (Kosten y O'Connor, 2003).

El manejo del síndrome es necesario en todos los casos debido al daño potencial que puede producir en el sistema nervioso central, especialmente en casos con antecedentes de episodios previos que no han recibido atención adecuada. Conviene recordar que la tasa de defunción para esta entidad varía de 5 a 15% en los Estados Unidos (Gonzales y Kutner, 2003), y en México se estima que pueda ser mayor debido al ámbito y la calidad de los cuidados que se otorgan (Souza, 2000e). La decisión de efectuar el tratamiento del síndrome de abstinencia en un medio hospitalario (Myrick y Anton, 1998) se determina por la gravedad del mismo y por el estado general de salud del paciente, en especial cuando existe historia de síntomas severos de abstinencia alcohólica o de crisis convulsivas por abstinencia etílica, o bien presencia de delirium tremens, de padecimientos médicos o psiquiátricos concomitantes, consumo reciente de grandes niveles de alcohol, red de apoyo pobre o insuficiente o embarazo.

Los objetivos del tratamiento se dirigen a controlar los síntomas inmediatos de la cesación, prevenir complicaciones e iniciar el tratamiento a largo plazo. El manejo inmediato implica mejoramiento de los síntomas, observación constante y monitoreo frecuente de las condiciones de las funciones cardiaca y respiratoria; evaluación neurológica, en especial del estado de conciencia, condición física general, signos vitales y balance hidroelectrolítico (Souza, 2000e). El paciente deberá ser colocado en un ambiente silencioso, con la iluminación disminuida y con interacción interpersonal limitada. Los síntomas pueden progresar rápidamente y convertirse en una situación de emergencia, en cuyo caso deberá referirse a la unidad correspondiente, pues de ello puede depender el mejor pronóstico o la complicación del caso (ONUDD, 2003).

El uso de sedantes, particularmente las benzodiacepinas, es de utilidad para reducir los síntomas fisiológicos, la presión sanguínea, ansiedad y riesgo de episodios comiciales. La presencia de alucinaciones puede hacer necesario el uso de neurolépticos, con los cuales deberá mantenerse una estrecha vigilancia, ya que bajan el umbral convulsivo. Las benzodiacepinas de larga duración, como el diacepam, pueden administrarse en dosis de 10 mg/hora hasta lograr la supresión de los síntomas o la sedación del paciente, o en un esquema de 50 mg cada seis horas, en ambos casos por cinco días. La dosis debe disminuirse 25% cada día a partir del tercero. Ante la presencia de un deficiente funcionamiento hepático debe utilizarse lorazepam a dosis de 1-4 mg/hora hasta lograr el control de los síntomas (Kaplan y Sadock, 1998). Es importante la restitución de líquidos y electrolitos con base en la evaluación clínica y los resultados de los estudios de

laboratorio. Debe tenerse presente que en casos de déficit nutricional y disminución del volumen de tejido conectivo subcutáneo la turgencia de la piel no es un signo confiable para valorar el estado de hidratación. De igual manera, la sed o la sequedad de la mucosa oral pueden presentarse en ausencia de pérdida de líquidos. La disminución del peso corporal a lo largo del día, la determinación de nitrógeno ureico, el hematocrito y el análisis general de orina permiten inferir las características del balance hídrico, pero pueden ser inexactos en presencia de enfermedades renales y hepáticas.

Es preferible efectuar la hidratación por vía oral; la vía intravenosa puede ser necesaria en casos de anorexia, vómito, diarrea, fiebre, diaforesis e hiperactividad muscular. El déficit de potasio suele presentarse en pacientes con vómitos frecuentes (cuando es severo se relaciona con la sensación de malestar, fatiga y depresión psicomotora). También puede presentarse hipomagnesemia. La hiperactividad del sistema nervioso simpático puede precipitar arritmias, por lo que se pueden utilizar betabloqueadores que ayudarán a mejorar estos síntomas y prevenir problemas de conducción cardiaca. La dosis recomendada de propranolol es de 40 mg/6 horas (McBride, Le y Noronha, 2002).

El delirium por intoxicación alcohólica se caracteriza por ingestión reciente de alcohol, cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después del consumo de alcohol. Uno o más de los siguientes síntomas aparecen durante la intoxicación o pocos minutos después del consumo de alcohol: lenguaje farfullante, incoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria, estupor o coma; los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Brown, Irwin y Schukit, 1991). Una vez que cede el consumo de alcohol, el cuadro clínico se revierte de manera espontánea, por lo que en caso de persistir deberá indagarse la presencia de comorbilidad asociada para definir las pautas terapéuticas idóneas.

El delirium por abstinencia de alcohol (delirium tremens) se caracteriza por interrupción (o disminución) del consumo de etanol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Deben presentarse dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio anterior: hiperactividad autonómica (diaforesis profusa o más de 100 latidos/minuto, temblor distal de manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, crisis convulsivas generalizadas tipo gran mal). Los síntomas del segundo criterio provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la

actividad del sujeto. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Se debe especificar si existen alteraciones perceptivas (APA, 2000). Los objetivos del tratamiento están orientados a salvar la vida del paciente, tratar los síntomas y prevenir las complicaciones. Suelen existir trastornos vestibulares, a menudo de tipo alucinatorio (APA, 2000). Duran de dos a tres días y a menudo se resuelven súbitamente tras una noche de sueño reparador, aunque a veces persisten más tiempo, lo que hace sospechar otro trastorno subyacente (infección o hematoma subdural). Sin embargo, un reducido número de pacientes alternan las recaídas con intervalos de completa lucidez; estos pacientes plantean el mayor reto diagnóstico (Goldman y Barr, 2002). Es necesaria la hospitalización, controlar los signos vitales y el estado de líquidos y electrolitos, así como la vigilancia durante 24 horas para prevenir lesiones, pues aunque estos pacientes no son necesariamente suicidas, pueden exponerse a situaciones de riesgo. Sin embargo debe evitarse la restricción física, sustituyéndola —PRN— con el uso de medicamentos apropiados para mantener un estado de sedación durante una semana o más, hasta completar la abstinencia (Kosten y O'Connor, 2003). El paciente puede requerir restitución de líquidos y la corrección del desequilibrio electrolítico (en especial magnesio, con 1-2 mg de sulfato de magnesio por vía intravenosa en solución al 50%/6 horas), prevención de la hipoglucemia o corrección de la hipertermia por medios físicos, y mantener un estado nutricional adecuado.

Deben considerarse situaciones agravantes simultáneas, como sepsis, meningitis, traumatismos, hematoma subdural, insuficiencia hepática y pancreatitis. El comienzo retardado de este estado de hiperactivación puede ser el reflejo de los efectos del alcohol sobre múltiples sistemas de neurotransmisores, el principal de los cuales es el del glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato). La hiperactividad adrenérgica por sí sola no parece ser una explicación suficiente. Las benzodiacepinas tampoco parecen bastar; en raras ocasiones se ha observado que dosis de diacepam incluso de 500 mg/día resultan ser insuficientes. Se puede añadir 5-10 mg de haloperidol v. o. o i. m. y repetir pasadas una a dos horas si hay agitación o psicosis. Las vitaminas del complejo B ayudan a prevenir la neuropatía periférica y el síndrome de Wernicke-Korsakoff, y su utilización resulta vital. Inmediatamente después hay que administrar 100 mg de tiamina i. v. y 100 mg i. m. durante al menos tres días, hasta restablecerse la dieta normal.

Puede administrarse tiamina en perfusión intravenosa. En la anemia megaloblástica y la neuropatía periférica se añade 1-5 mg/día de ácido fólico v. o. o i. m. La dieta de tres a cuatro mil calorías/día debe ser blanda, con alto contenido en carbohidratos y con un complemento multivitamínico. El pronóstico es mejor cuando se medica al paciente de forma incisiva, pero puede ser fatal si éste presenta deterioro neurológico que avanza hacia estatus

epilepticus y coma, desarrollando insuficiencia cardiaca, procesos infecciosos (neumonía) o lesiones producidas durante la agitación. Un mínimo porcentaje, mayormente ancianos, puede presentar psicosis de Korsakoff y no recuperar del todo sus funciones mentales.

El trastorno amnésico persistente inducido por alcohol se caracteriza por deterioro de la memoria, manifiesto en el déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente. La alteración mnésica provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias (APA, 2000). A través de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio se hace la demostración de que la alteración mnésica está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (droga de abuso o medicamento). Tras el cese del consumo etílico el cuadro clínico se revierte de manera espontánea, por lo que en caso de persistir deberá indagarse la presencia de comorbilidad asociada para definir las pautas terapéuticas adecuadas (Mack y Frances, 2003).

El trastorno psicótico inducido por alcohol (alucinosis, paranoia alcohólica) se caracteriza por ideas delirantes (no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia). A partir de la historia clínica, la exploración física o los estudios de laboratorio, hay pruebas de que los síntomas aparecen durante o al mes siguiente de una intoxicación por abstinencia de sustancias. El consumo de medicamentos está etiológicamente relacionado con la alteración, que no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo del etanol (o medicamento); los síntomas persisten durante un periodo sustancial (alrededor de un mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo, cantidad de la sustancia o duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias) (APA, 2000).

A modo de subtipos pueden emplearse otros elementos para indicar el síntoma del cuadro; es decir, si hay ideas delirantes y alucinaciones se debe codificar lo que predomine: con ideas delirantes o con alucinaciones, de inicio, durante la intoxicación o durante la abstinencia (APA, 2000). El manejo en un ambiente hospitalario está justificado por los riesgos de la integridad del paciente y de otras personas. El tratamiento es sintomático; el paciente debe ser sedado con benzodiacepinas, puede administrarse diacepam en dosis de 10 mg hasta

obtener resultados; si existe un deficiente funcionamiento hepático es preferible usar lorazepam a dosis de 1-4 mg. Las alucinaciones pueden revertirse con el uso de un neuroléptico incisivo como haloperidol v. o. o i. m. a dosis de 5-10 mg, que pueden repetirse cada 2-6 horas. La evolución suele ser intermitente, por lo que conviene continuar la hospitalización por uno o dos días más después de ceder el cuadro alucinatorio (Kaplan y Sadock, 1998; Bezchlibnyk-Butler, Jeffries y Martin, 2000). La demencia persistente inducida por alcohol se caracteriza por presencia de múltiples déficits cognoscitivos manifiestos en el deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente); una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia y alteración de la ejecución. Los déficits cognoscitivos provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad. La demostración se hace a través de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular). Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (APA, 2000). Puede mejorar con la abstinencia; sin embargo, en la mayoría de los casos las alteraciones se mantienen por largo tiempo y tienden a ser permanentes.

Es probable que el origen de este síndrome sea multifactorial y se encuentren involucrados, además de la acción directa del alcohol y el acetaldehído, las deficiencias vitamínicas y los efectos de posibles traumatismos o hipoxia. No existe un tratamiento específico; la meta del mismo está dirigida al control sintomático. Aunque se ha observado mejoría en los síntomas cuando el paciente se mantiene en abstinencia, existen casos en que las manifestaciones persisten. Se ha informado el uso de memantina con resultados positivos; sin embargo, no existen estudios con las características metodológicas adecuadas que apoyen el uso de este u otros medicamentos. También se ha mencionado la utilidad del uso de vitaminas del complejo B y vitamina E. La función cognoscitiva puede mejorar al suspender los medicamentos que empeoran la confusión —anticolinérgicos, analgésicos, depresores del sistema nervioso central, lidocaína y otros— o que no son esenciales para el cuidado de la persona (Kaplan y Sadock, 1998).

El trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol se caracteriza por una notable y persistente alteración del estado de ánimo indicada por uno (o ambos) de los siguientes estados: ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades; estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que los síntomas aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia. El empleo de la sustancia está etiológicamente relacionado con la alteración. La alteración no se explica mejor

por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias.

Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo del etanol (o medicamento); los síntomas persisten durante un periodo sustancial (alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que se espera dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (historia de episodios depresivos mayores recidivantes). La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2000). Igual que en otros casos, tras el cese del consumo de alcohol el cortejo sintomático suele revertirse de manera espontánea; sin embargo, en caso de considerarse clínicamente conveniente puede recurrirse a la utilización de antidepresivos ISRS (fluoxetina 20-60 mg/día, paroxetina 20-60 mg/día, sertralina 75-150 mg/día, etc. [Cornelius, Salloum, Ehler, Jarrett, Cornelius y Perel, 1997; Kabel y Petty, 1996; Kranzler, Burleson, Brown y Babor, 1996]). El trastorno de ansiedad inducido por alcohol se caracteriza por ansiedad prominente, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones que dominan el episodio clínico. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, se demuestra que los síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia, con síntomas fóbicos y pueden persistir por un periodo considerable (alrededor de un mes); se asocia con malestar significativo y se acompaña de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El consumo del etanol está relacionado etiológicamente con la alteración. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias (APA, 2000). Tras el cese del consumo, y pasado el periodo temprano de la abstinencia, el cuadro suele revertirse de manera espontánea. En caso de persistir, y descartada la posibilidad etiológica de una comorbilidad asociada, el manejo puede ser sintomático. Las benzodiacepinas son de utilidad, pero tienen que emplearse con precaución y por corto tiempo, en función del riesgo de abuso (Bezchlibnyk-Butler, Jeffries y Martin, 2000). El trastorno sexual inducido por alcohol se caracteriza por una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias. Los síntomas aparecen durante o a los 30 días siguientes a la intoxicación. El consumo del fármaco está etiológicamente relacionado con la alteración. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no

inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de sustancias); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (un mes) tras el cese de la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo, o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

La falsa creencia acerca de que el consumo de etanol favorece el desempeño sexual se basa al parecer en que durante la primera fase de la intoxicación etílica, al inhibirse los centros de control (lóbulos frontales), y sentirse con menos "restricción", el individuo cree que puede tener mejor actuación. La evidencia señala, sin embargo, que con el consumo crónico aumenta la disfunción, al afectar las diferentes fases de la respuesta sexual normal. Por lo tanto, debe especificarse si existe alteración del deseo, la excitación, el orgasmo o dolor sexual; asimismo, señalar si se inició durante la intoxicación o tras el cese del consumo (APA, 2000). El cuadro suele revertir en corto a mediano plazo, y en caso de persistir debe indagarse alguna otra condición orgánica o psicológica que esté provocando la disfunción.

El trastorno del sueño inducido por alcohol se caracteriza por alteración prominente del sueño, de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que los síntomas aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente. El fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias está la aparición de los síntomas que preceden al consumo de la sustancia; los síntomas persisten por un periodo considerable (alrededor de un mes) tras el periodo agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias (historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2000). La descontinuación del uso del alcohol conduce con frecuencia a la estabilización del ciclo vigilia-sueño. Es de mucha utilidad incorporar hábitos que contribuyan a su regularización; algunos casos de insomnio persistente pueden requerir el uso de un inductor del sueño (zolpidem 10-30 mg; zopiclona 7.5 mg o brotizolam 0.250

mg). Para evitar el uso indebido, el medicamento debe seleccionarse de forma cuidadosa y prescribirse por corto tiempo (dos a tres semanas) (Broer, Aldrich, Robinson y Zucker, 2001). El abuso de alcohol se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) elementos durante un periodo de 12 meses: consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa). Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia). Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia). Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física). Como los síntomas no cumplen los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia, el trastorno no requiere tratamiento farmacológico, aunque resulta de utilidad la consejería, la asesoría familiar, los grupos de ayuda mutua y las intervenciones psicoterapéuticas con orientación cognitivo-conductual de corta duración (Carroll, 2002).

La dependencia del alcohol se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siguientes elementos en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: tolerancia (ya como necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o bien como efecto de que las mismas cantidades de sustancia disminuyen claramente con el consumo continuado); abstinencia (toma de la misma sustancia —o una muy parecida—, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia, o bien la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía); presencia de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar e interrumpir el consumo de la sustancia; se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en su consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia; reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de la sustancia, o se continúa tomando la misma a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (APA, 2000). Se debe especificar si existe o no dependencia fisiológica (signos de tolerancia o abstinencia).

El tratamiento para la dependencia del etanol es uno de los que más retos plantea a los profesionales de la salud mental (Ciraulo, Piechniczek-Buczek, Nalan e Iscan, 2003; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000). El manejo simultáneo de psicofármacos y psicoterapia, consejería, asesoría familiar, grupos de ayuda mutua, etc., ha sido documentado como de mayores beneficios (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Stahl, 2000; Westreich, 2002).

Se han utilizado diversos medicamentos para tratar la dependencia etílica.

Naltrexona. Es un antagonista de los receptores opioides, que ha sido aprobado para el tratamiento de la adicción etílica en conjunción con intervenciones psicosociales. Se tiene la hipótesis de que la naltrexona actúa a través del bloqueo de los receptores opioides mu, lo cual reduce los efectos reforzadores del alcohol, situación que conlleva una sensación disminuida de la intoxicación etílica, así como una menor apetencia (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). La dosis recomendada es 50 mg/dosis única al día. Los efectos adversos más frecuentes son náusea, cefalea, ansiedad y sedación. La naltrexona está contraindicada en pacientes con hepatitis, daño hepático o que reciben tratamiento a largo plazo con opioides, ya que puede precipitar un síndrome de abstinencia severo. Todos los pacientes que reciban naltrexona deben ser controlados en sus niveles de transaminasas cada mes, durante los primeros tres, y después cada 90 días (Chick, 2002; Fuller y Gordis, 2001; Krystal, Cramer, Krol, Kirk y Rosenheck, 2001; Monterosso, Flannery, Pettinai, Oslin, Rukstalis y O'Brien, 2001; Rubio, Ponce, Manzanares y Sinclair, 2002).

Disulfiram. Este fármaco, conocido desde hace varios decenios (Antabuse®) con resultados variables, actúa inhibiendo la ALDH. Aunque ha sido utilizado en el tratamiento de la dependencia del alcohol desde hace 40 años, la evidencia de su efectividad es pobre. La dosis que regularmente se utiliza es 250 mg/día, con una toma máxima de 500 mg/día. Cuando se consume alcohol, tras la administración del disulfiram, se producen palpitaciones, enrojecimiento facial, náusea y cefalea (Kaplan y Sadock, 1998). Pueden presentarse reacciones más severas, como infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, depresión respiratoria y muerte. Debido a estas posibles interacciones graves el disulfiram está contraindicado en pacientes que reciben o recientemente han recibido metronidazol o han ingerido alcohol, y que presentan un cuadro psicótico o un padecimiento cardiovascular. No se recomienda para pacientes con problemas pulmonares severos, insuficiencia renal crónica o diabetes, ni en mayores de 60 años. Tampoco se recomienda su uso en pacientes con neuropatía periférica, crisis convulsivas o cirrosis con hipertensión portal. La hepatotoxicidad es poco frecuente pero es un efecto adverso potencialmente fatal.

Algunos expertos recomiendan que, previo al inicio de su administración, se obtengan pruebas de función hepática, y que éstas se repitan a las dos semanas,

tres meses, seis meses y, posteriormente, cada seis meses. Debido a los efectos adversos del medicamento, muchos pacientes interrumpen su tratamiento. Es de vital importancia que al paciente se le expliquen, de manera detallada y en lenguaje apropiado, los efectos posibles al ingerir el medicamento, así como sus interacciones con el alcohol (Bezchlibnyk-Butler, Jeffries y Martin, 2000). Es recomendable que el paciente firme una carta de consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.

Acamprosato (homotaurinato de calcio). Bloquea los receptores glutaminérgicos N-metil-d-aspartato (NMDA) y activa los receptores gamaaminobutíricos tipo a. Recientemente se aprobó como tratamiento para la adicción etílica. Se encuentra disponible en tabletas entéricas de 333 mg, y su dosificación es acorde con el peso del paciente. Se tolera apropiadamente, y el efecto secundario transitorio que con mayor frecuencia se presenta es diarrea. Este medicamento no presenta interacciones farmacológicas con alcohol, diacepam, disulfiram o imipramina (Graham, Wodack y Whelan, 2002), pero está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal o cirrosis avanzada (Kiefer, Jahn, Tarnaske y Helwig, 2003; Mason, 2001).

Otros agentes

Serotoninérgicos. Durante la última década se han realizado diversos estudios que involucran inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), en el tratamiento de pacientes con dependencia del alcohol (Hermann, Sonnek y Weijers, 2002; Kranzler, Lappalainen, Nellissery y Gelernter, 2002; Naranjo y Knoke, 2001). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han mostrado ser eficaces en pacientes que además de la adicción etílica presentan también un trastorno depresivo mayor. Se ha investigado el empleo de antagonistas selectivos de la serotonina (ondansetron) para el inicio temprano de la dependencia, con resultados favorables al disminuir la frecuencia de copas ingeridas (Sellers, Toneatto y Romarch, 1994; Johnson, Roache, Ait-Daodud, Zanca y Velázquez, 2002).

Anticonvulsivos. El topiramato inhibe la liberación de dopamina a nivel mesocorticolímbico, lo cual se ha relacionado con el deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda de la sustancia, D-NIC (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Johnson, Ait-Daoud, Bowden, DiClemente, Roache y Lawson, 2003). También se han realizado estudios con gabapentina (Chatterjee y Ringold, 1999) y valproato, con ciertos resultados favorables (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000).

Terapia cognitivo-conductual. A los pacientes se les proporcionan instrucciones y se les asignan tareas, con la intención de mejorar sus habilidades para afrontar las situaciones básicas de la vida, controlar su conducta, y cambiar sus creencias y pensamientos relacionados con la bebida. Otros enfoques teóricos aplicados al tratamiento de las adicciones han mostrado distinta eficacia; entre ellos destacan los grupos psicoeducativos, los de desarrollo de habilidades, los de terapia cognitivo-conductual, los de apoyo y los de proceso interpersonal (Flores, 2005; Souza, 2007a).

Entre las distintas aproximaciones psicoterapéuticas, la estrategia cognitivo-conductual se menciona con mejores resultados. Resulta importante apoyar y motivar al paciente para superar las diferentes etapas de cambio que podrán conducirle a alcanzar y mantener la abstinencia, lograr la adhesión al tratamiento y promover su rehabilitación, reduciendo sus recaídas (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). En las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente las fases de precontemplación y contemplación son de ambivalencia y no existe aún deseo de cambio. En la de acción el sujeto busca ayuda e inicia un tratamiento formal. En la de mantenimiento se centra el control de la abstinencia y la evitación sistemática de la recaída (Bezchlibnyk-Butler, Jeffries y Martin, 2000; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Psicoeducación. Los objetivos son tan amplios y distintos como el paciente y su familia lo requieran, pero deviene esencial clarificar la diferencia entre lo que saben de genética de la enfermedad, la etiopatogenia, la patofisiología y su psicopatología (Souza, 2007a). Siempre es importante promover su conciencia de enfermedad o noción de falla, para desarrollar su responsabilidad —sin culpa — consigo y los demás y lograr efectivamente colaborar en su recuperación.

En resumen, el presente capítulo pretende mostrar la estrategia efectiva para enfrentar el abuso/dependencia de sustancias adictivas a través de la sistematización de acciones enfocadas a la desintoxicación, el tratamiento farmacológico y las terapias de intervención en crisis. Como parte medular, aporta los lineamientos sobresalientes para apoyar las actividades clínicas que promuevan la adecuada ejecución diagnóstica, y por ende la comprensión y ejecución de los lineamientos terapéuticos para cuadros agudos relacionados con el uso racionado de psicotrópicos. Para cumplir con estos propósitos deben integrarse al menos tres objetivos: la reducción de la dependencia de sustancias psicoactivas y la consecuente prevención de sus recaídas; la disminución de la morbilidad y mortalidad causadas o asociadas con el uso de drogas, y la promoción de la rehabilitación y el logro de la reinserción social.

En esta dirección, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han elaborado propuestas sobre mejores prácticas en materia de tratamiento. En México, los esfuerzos realizados en este ámbito

evidencian la necesidad de efectuar un tratamiento multidisciplinario que logre alcanzar mayores niveles de efectividad. La normatividad oficial vigente sobre Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica (NOM-025SSA2-1994), el Expediente Clínico (NOM-168SSA1-1998) y la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028SSA2-1999) garantizan que las acciones se otorguen con calidad y de manera oportuna (Souza, 2007a). Para ofrecer una atención situacional adecuada y, en consecuencia, un mejor pronóstico, la estrategia terapéutica debe tomar en consideración una evaluación completa del paciente, e incluir acciones tendientes a identificar trastornos psiquiátricos asociados (comorbilidad psiquiátrica) y problemas médicos relacionados con el consumo.

RESUMEN

El severo problema derivado del consumo de bebidas alcohólicas en México y el mundo es en la actualidad de una magnitud incomparable; ni todas las otras drogas juntas se equiparan con los daños que el etanol produce cotidianamente, por lo que su deletéreo y diverso impacto social, inferido a través de las cifras epidemiológicas que se aportan, no puede ser calificado de otra manera que como catastrófico. El presente capítulo trata en forma breve y completa las características fisicoquímicas de la sustancia, sus principales aspectos farmacológicos y las manifestaciones patológicas derivadas del consumo etílico —descritos en los catálogos internacionales de clasificación—, a efecto de ofrecer oportunamente las recomendaciones generales para el manejo de cada entidad nosológica.

Los lineamientos que integran el texto pretenden apoyar las actividades clínicas que promuevan la adecuada ejecución diagnóstica en términos de las “mejores prácticas” en la materia con el propósito de integrar y consolidar la reducción de la dependencia de las sustancias psicotrópicas y prevenir las recaídas; disminuir la morbilidad y mortalidad causadas o asociadas con el uso de drogas, y promover la rehabilitación y reinserción social de los pacientes y sus familiares. Esta revisión temática destinada al personal de salud pretende difundir la visión profesional del tema desde la perspectiva de la información educativa especializada, la cual asume los criterios y recomendaciones otorgados por las autoridades mundiales de salud en el tema, así como la experiencia de los autores que reúne en su bibliografía, representando con ello un marco autorizado y actual del problema.

* Modificado de Souza y Cruz, 2008b.

XXXII. ADICCIONES, PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA*

De entre los aspectos psicopatológicos, el narcisismo, que expresa la conducta de muchos abusadores adictos, puede ser visto como una sobrecompensación derivada de la equívoca interpretación de sus carencias, ya sea reales o ficticias. Comprender su psicodinamia es tarea imprescindible para su manejo.

M. SOUZA Y MACHORRO

CONTEXTUALIZAR los aspectos psicodinámicos y la psicopatología del abusador/adicto a psicotrópicos, tema con el que la mayor parte de la comunidad, incluidos algunos profesionales, no está familiarizada, es imperativo para una introducción conceptual a su fenomenología (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994), complicaciones y comorbilidad (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b). Las adicciones, trastornos derivados de una etiopatogenia compleja y multifactorial (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998), están desarrollándose vertiginosamente en la actualidad, cobrando matices polifacéticos, que reinciden hasta hacerse crónicos y generar elevados costos sociales (Souza, 2003b).

Ello define la necesidad de atenderlas en forma propositiva con los mejores recursos (Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Souza, 2003b). La variedad de síndromes adictivos como problema mundial requiere una organización terapéutica constante capaz de atender a la vez, y con la misma preferencia, lo urgente y lo trascendente (Souza, 2000e), que conquiste y mantenga la abstinencia, y dé contención firme, comprensiva, eficaz y respetuosa, invitando a pacientes, familiares, amigos, compañeros, etc., a consolidar una reinserción social que posibilite la rehabilitación integral y duradera (Souza, 2003f). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desplegados, los resultados no pueden compararse ni remotamente con el impacto y la diseminación social del problema (Souza, 1998a).

Esta condición, fomentada en cierta forma por una suerte de oscurantismo que ampara mitos y prejuicios (Souza, 2001d), se debe lo mismo a la prevaleciente idea social en torno de la obtención del placer y su validez ética

comunitaria, que al poco interés, motivación y número de profesionales dedicados a ello, lo que se ve reforzado por la ausencia de planes curriculares en las universidades donde se enseñan materias en relación con la salud y su mantenimiento (Souza, 2000d). En dicha condición, la psicoterapia, acerca de la cual, por cierto, la mayor parte de la sociedad, el profesional de la salud y los médicos, incluso, no disponen de mayor conocimiento —aunque a veces la critiquen—, deviene fundamental para completar el esquema terapéutico de esta cada vez más compleja y versátil patología (Souza, 1998a; Souza, 2001d; Souza, 2000d). No basta con prescribir contra la sintomatología de los síndromes adictivos o comórbidos; hacen falta modalidades reflexivas capaces de reforzar el manejo en dirección benéfica del individuo, su familia y la comunidad (Kaufman y McNul, 1992; Kaufman, 1996), con el fortalecimiento de actividades antiadictivas, la promoción del inicio oportuno del manejo de tales problemas (Kosten, 1998; Kosten, 2003) y la disminución de la deserción del manejo de los casos, ya que su abandono —tan frecuente que caracteriza a este problema psiquiátrico— redunda en la afectación de los involucrados, debido a la estructuración de su personalidad y a la disfunción psicosocial que provoca (Souza, 2000e; Souza, 2003f; Souza, 2000d; Souza, 2002c).

Sin embargo, una adecuada promoción de la incorporación del personal de atención primaria en los programas antiadictivos, y de modo especial en la reducción del daño, en muchos casos no es esperable pronto ni de modo fácil. Existen múltiples dificultades a vencer antes de consolidarse, aunque la mayor parte de los profesionales estén de acuerdo en que la meta del manejo sea la abstinencia total, permanente y sin concesiones (Souza, 2000e; Souza, 1996b; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000). La adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral (Souza, 2000e; Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000); de modo que las generalizaciones y sobresimplificaciones observadas en ciertos grupos de trabajo lo mismo dan fe de su buena intención como equipo que de su ingenuidad frente a esta problemática (Souza, 1998a; Souza, 2000d; Souza, 1996b; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

Porque mientras unos pacientes, por su caracteropatía y el papel que ésta desempeña en su adicción (es difícil imaginar la patología adictiva sin esta condición), requieren terapia individual, otros necesitan, además, manejo de sus problemas de pareja o familiares. Y otros más presentan problemas psiquiátricos específicos controlables por medios farmacológicos, sin cuya acción oportuna se impide la reducción del deseo imperioso de consumo (craving) y sus consecuencias inmediatas y a largo plazo (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). Una vez logrado el manejo de la condición aguda de los síndromes adictivos, se hace necesario fortalecer la comprensión global de los profesionales de la salud, familiares y

líderes comunitarios acerca de este trastorno, con ayuda de la medicina y demás ciencias afines (Souza, 2003b; Souza, 2009e; Souza, 1998a; Souza, 2001d).

El concepto del abusador/adicto como enfermo es relativamente reciente en el campo médico (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, 2002a; OMS, 1993), no es asumido aún en forma regular por los integrantes del equipo de salud. A la terapéutica de las adicciones se han incorporado conocimientos importantes para la propedéutica, fisiopatología, nosología y clínica, pero no todos los conocen ni los usan adecuadamente (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003b; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Souza, 2000e; APA, 1995; Souza, Mestas, Turull y Cárdenas, 1985; Souza, 1988a; Souza, 1990a; Souza, 1990b; Velasco, 1997). Y como el conocimiento de la personalidad del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones se ligan a la recaída que impide la abstinencia, se justifica ampliamente el uso de la psicoterapia como un intento sistemático de influir sobre la conducta, dentro de los límites del deseo del individuo de modificarla (Bellack y Small, 1978; Crown, 1979; Ehrenwald, 1977; Karasu y Steinmuller, 1978; Bloch, 1979). De las vertientes psicoterapéuticas utilizadas en el manejo antiadictivo, ambas posturas brindan opciones de corrección: el grupo de las conductuales, y las reflexivas o de introspección. Y si bien operan con distintos procedimientos y en *tempos* diversos, ambas, en combinación secuencial, favorecen el logro de la reconstrucción psicosocial (Souza, 2000e). Lo que no necesariamente significa, empero, que, prescindiendo de su orden de aplicación, funcionen en forma indistinta (Souza, 2003b; Souza, 1996b; Strupp, 1973; Wolberg, 1965; Souza, 2003g; WHO, 1993). Dada la amplia documentación respecto a la participación de la psicopatología en la etiopatogenia y evolución del abuso/adicción, se acepta que el desarrollo de una conducta iterativa de consumo deviene de rasgos caracterológicos (como origen, concomitancia o consecuencia) que afectan el diagnóstico, el manejo y el pronóstico (Strunin e Hingson, 1998; Koob, Sanna y Bloom, 1998; De Wit, 1998; Díaz Barriga y Souza, 2003; CICAD, 1997; Burrus, 1994; Marlatt y Barret, 1994).

De ahí que la estrategia de abordaje cognitivo-conductual sea útil referente del momento y condiciones para incluir a los pacientes en tratamiento (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska, 1993). Cursadas las cinco etapas descritas por Prochaska (precontemplativa y contemplativa, donde predomina la ambivalencia y no existe aún deseo de cambio; de determinación, en la que es posible establecer la decisión para el cambio con la participación del sujeto; de acción, en la que el sujeto por fin busca ayuda e inicia su decisión para el manejo formal, y de mantenimiento, centrada en el control de la abstinencia y la evitación sistemática de la recaída vía autocontrol) el individuo está en posibilidad, apenas, de iniciar su reconstrucción y crecimiento (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska, 1993): lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal (Millán, 2001), sin lo cual

no cabe hablar de desarrollo de las potencialidades humanas (Souza, 2000e). La evidencia documental señala que la psicopatología de los adictos participa del fenómeno recursivo multifactorial de consumo-daño-consumo (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Souza, 2000e; Souza, 1997b; Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999; Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998). Una persona sometida a una condición desfavorable, que encuentra un modo inmediato, perentorio y paliativo pero ciertamente eficaz, aunque destructivo, de evadir su ansiedad, depresión, etc., considerará oportuno y conveniente refugiarse en la evasión sintomática que resulta de consumir drogas, para evitar arrostrar las exigencias de la vida o todo aquello que le provoque tensión, sin darse cuenta de que a través de este mórbido seudorrecurso desencadena su patología (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Souza, 1998a; Souza, 2001d; Souza, 1988a; Souza, 1990a; Crown, 1979).

Con base en la evitación como "estilo de vida" el abusador/adicto participa con su psicopatología en la etiopatogenia y la circunstancialidad que la mantiene. Por ello es relevante considerar que los distintos recursos dirigidos a romper la reiteración patógena deben atender de modo simultáneo el problema de la adicción y los conflictos psicopatológicos asociados, que a menudo se menosprecian en las unidades institucionales de salud (Souza, 2000e; Souza, 2003f; Souza, 2001d; Dazord, Gerin, Iahns y Andreoli, 1991). Cuando se asigna sólo manejo sintomático a la enfermedad adictiva, sin el complemento que hace de él un tratamiento integral, dicho manejo resultará, en el mejor de los casos, insuficientemente exitoso (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Souza, 2000e; Marlatt y Barret, 1994). En la terapia psicodinámica existen dos puntos centrales: los significados de la "sustancia como objeto" y el estudio del "*self* del adicto" (Crown, 1979; Ehrenwald, 1977; Freud, 1967). Una de las condiciones particularmente interesantes inherentes a la psicoterapia es exponer al sujeto al doloroso reconocimiento del conflicto interno y de las ilusiones que intenta mantener (Souza, 2000e; Souza, 1996b). Pero la tarea más ardua es enfrentar la desidealización de sí mismo y del objeto (Souza, 1988a; Souza, 1990b; Crown, 1979). En ello es fundamental el papel del síntoma, pues representa el malestar a vencer y un cuestionamiento a sí mismo, cuya respuesta desconoce y lo atormenta. Representa asimismo la demanda de tratamiento, sin la cual no hay deseo, esfuerzo, ni razón para luchar (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Ehrenwald, 1977; Karasu y Steinmuller, 1978). De ahí que el proceso hacia la creación del síntoma derivado del consumo puede ser largo y pasar por muchas etapas, pero es capital en el manejo (Ehrenwald, 1977; Karasu y Steinmuller, 1978; Bloch, 1979; Strupp, 1973). A menudo el afectado busca sustituir la droga por algún otro *objeto ideal,* poseedor de las respuestas esperadas que proyecta sobre el psicotrópico, dejando intacta la subjetividad y limitando la aparición del síntoma. Por eso se afirma que, si el abusador/adicto sólo interrumpe el consumo y no remplaza el objeto del deseo por el de la necesidad, no puede

alcanzar la curación (Bloch, 1979; Strupp, 1973; Freud, 1967), pues existe toda una relación con la sustancia y ésta ha cumplido una función subjetiva.

Si no se analiza dicha relación el paciente queda carente de significados (Souza, 2000e; Souza, 2002c; Souza, 1996b; Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Freud, 1967). No obstante que la dependencia se explica desde la afección de la neuroquímica cerebral (tolerancia, abstinencia y anhelo vehemente de consumo) y otras alteraciones vinculadas al daño corporal (Koob, Sanna y Bloom, 1998; De Wit, 1998; Souza, 2000e), se debe cuestionar qué papel desempeña la droga en el aparato emocional (Souza, 1990b; Bellack y Small, 1978; Crown, 1979; Mercado, Souza, Martínez y Martínez, 1999). Y dado que vivimos en un mundo de objetos, resulta esencial conocer qué tipo de objeto es la sustancia para el abusador/adicto (Souza, 1999c; Pellicer, 1984), pues de ello depende el conocimiento de su dependencia. Y si este objeto se vuelve *totalitario,* se produce una respuesta desproporcionada a una carencia desproporcionada: recurrir a una especie de prótesis o amuleto que se constituye en objeto transicional (Pellicer, 1984; Winnicott, 1958) que impide el crecimiento emocional.

El objeto totalitario se interpreta como una repetición de la búsqueda de seguridad, deseos de contar con un instrumento de mediación para "protegerse". Pero el uso de tal instrumento inevitablemente causa regresión al momento en el que se debió gestar la individuación, manteniendo así la necesidad de recurrir a él continuamente y ponderando la fusión y la disolución del sí mismo (Balint, 1991; Musacchio, 1996). Para la comprensión del *self* del adicto es importante recordar el papel de los estímulos empáticos de la madre y su respuesta especular de confirmación del sí mismo, como generadores de la autoestima y la seguridad individual (Musacchio, 1996; Casarino, 1988). Se ha fundamentado la función específica de la frustración máxima como necesaria para el desarrollo de la seguridad yoica y el control de los impulsos. En el abusador/adicto no es raro encontrar el antecedente clínico de una madre con carencias importantes de la capacidad empática, para la relevante fusión simbiótica nutriente, la cual provoca una sobreadaptación infantil.

Estos pacientes, fijados a una finalidad narcisista, son pasivos, desean esencialmente recibir, y sus actuaciones son remedos de búsqueda de satisfacción ligados de modo sistemático al psicotrópico. Para ellos los objetos son sólo proveedores de suministros, pero como éstos se desenvuelven en un registro enigmático y que por lo tanto les resulta poco claro, cuando se resisten a ser objetos de esclavitud y manipulación, es decir, de suministro de la droga, son abandonados *ipso facto* (Musacchio, 1996; Casarino, 1988; Souza, 1997b). Y como no toleran el curso que implica una relación humana, viven en el "facilismo" y suelen intentar escapar de ella refugiándose en la intoxicación.

He ahí la importancia de prever las recaídas, pues el vacío es la modalidad básica de vivencia subjetiva del adicto, que se atrapa a sí mismo en el laberinto de

la adicción en su intento de escapar de su vacuidad y sinsentido.

La comprensión psicodinámica de la modalidad relacional, así como la patología de la personalidad y de la conducta descritas, lleva a concebir que cuando han existido desconexiones traumáticas producidas por fallas empáticas graves de la madre, que obligan al yo a sobreponerse a la impotencia de la desesperanza, o bien cuando por falta de estímulos el individuo se desconecta y busca en la autoestimulación las sensaciones de sentirse vivo, la droga se constituye en el elemento al que se confiere una doble significación: la de buscar calmar la necesidad y la de tratar de llenar la carencia derivada del vacío estructural, que es, a la vez, expresión de hostilidad y de destructividad (Musacchio, 1996; Casarino, 1988; Souza, 1997b). Desde esta perspectiva, la adicción se interpreta como una forma variante de perversión de la libido —ya que no sigue un curso evolutivo y saludable—, debido a la similitud que guarda la sustancia, o la conducta adictiva, en su caso, con el objeto fetichista, y en la que se observan importantes fallas en los sistemas de adaptación y análisis yoicos (Lane, Hull y Foerhenbach, 1991; Blane, 1968; Alterman y Cacciola, 1991), ligados a un apego autodestructivo caracterizado por anhedonia, temor al éxito, deprivación de sí mismo y los demás: aislacionismo, voyeurismo negativo, apego al dolor físico y, en la mayor parte de los casos, masoquismo (Blane, 1968). Consideraciones teóricas recientes permiten saber que el uso nocivo de los psicotrópicos está promovido por un instinto de autodestrucción a menudo desconocido por el portador, es decir, negado o reprimido. Este peligro, en un intento de control omnipotente y fantasioso, desarrolla una potente liga emocional perversa, que representa la erotización secundaria de la satisfacción a través del mecanismo reiterativo de la intoxicación (Lane, Hull y Foerhenbach, 1991). Desde ese punto de vista se acepta que una droga prohibida contiene más erotismo y fascinación o atracción que una permitida, tal como se observa en la práctica al tratar pacientes adictos y conductas disociales (Blane, 1968; Alterman y Cacciola, 1991; Miller, Guttman y Chawla, 1997; Stephanie y Costas, 1995). No obstante, cualquier cosa inofensiva e incluso buena (comida, sexo, juego, dinero, poder u otras), observada bajo el prisma de la atracción patógena por el peligro, es análoga a una “necesidad de satisfacción equivalente a la droga” (dependencia psíquica), sin generar propiamente un mecanismo adictivo neuroquímico cerebral (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Miller, Guttman y Chawla, 1997; Stephanie y Costas, 1995; NIDA, 1996). Vale decir, de paso, que ésa es la razón para no clasificar las conductas compulsivas como trastorno adictivo vero.

El individuo, entonces, prefiere la acción, la descarga y el “refugio” en el apaciguamiento de sí mismo, en particular la “anestesia” que demanda su irracional inconformidad patógena (Souza, 1997b; Pellicer, 1984; Millner, 1993; Casarino, 1988; Souza, 1997b). El abusador/adicto, en palabras de Baudelaire, “Bebe para evitar ser tocado por la realidad exterior o interior desfavorable”. Es decir, para paliar sus traumas, como método de tratar de desmentir el principio

de realidad y solazarse con los placeres de la magia de la fantasía subjetiva y el narcisismo. El deseo de aguantar mucha bebida es parte del deseo de restaurar la omnipotencia infantil y la reafirmación viril desfalleciente (Souza, 2000e; Souza, 1997b; Strunin e Hingson, 1998; Millner, 1993; Arif y Westermeyer, 1988; Hoffman, 1983). Algunos autores estiman que tal psicopatología es mejor comprendida y valorada en la parte ulterior del manejo de los casos (Arif y Westermeyer, 1988; Hoffman, 1983; Souza, 2003f; NIDA, 1998; WHO, 1975; Gabell y Parlsol, 1993). La eficacia mostrada en la especialidad en la mejoría de algunos trastornos psiquiátricos por los psicofármacos y otros tratamientos somáticos ha hecho que se cuestione cuál es el cometido de la psicoterapia (individual, conyugal, grupal, familiar) para llevar a estos sujetos a situaciones más favorables (Koob, Sanna y Bloom, 1998; De Wit, 1998). A ello se puede responder de muchas maneras. Si bien es cierto que estas formidables "herramientas" corrigen una buena parte de los síntomas de los trastornos de la especialidad, no es esperable, por ahora, la reducción completa de todos ellos sólo por acción farmacológica. Faltarían por atender, en todo caso, los asuntos intrapersonales y los interpersonales de las relaciones vinculares humanas. En adición, no todas las personas responden a manejos somáticos ni lo hacen de igual forma.

Tales manejos parecen afectar, hasta ahora, diferentes aspectos del espectro psicopatológico, en forma más intensa, pronta y adecuada que la psicoterapia. Y no obstante, con todo el escepticismo que pueda experimentarse respecto a la eficacia psicoterapéutica, siendo válido, se omite la inherente aportación que brinda a la mejoría de los trastornos psiquiátricos. En tal sentido, se recomienda que la psicoterapia psicodinámica de los abusadores/adictos se inicie después del manejo cognitivo-conductual, aunque algunos pacientes excepcionalmente pueden iniciarla desde el inicio, es decir, una vez cursadas las actividades contenidas en las semanas de manejo por internamiento residencial —diez o más —, bajo el modelo profesional integrativo, para el abordaje agudo de los casos derivados de los síndromes de intoxicación y abstinencia, y la dependencia (Souza, 2003h). En dicho programa la psicoterapia inicial de las adicciones (cognitivo-conductual) se dirige con igual propósito al individuo-grupo-familia, para consolidar el conocimiento, apoyado por la labor de educación en salud mental de la población, a través de notas periodísticas, cápsulas informativas radiofónicas y *spots* televisivos, entre otras participaciones comunitarias. De modo que la acción psicológica-educativa se enfoca a la solución inmediata de conflictos vinculados a la adicción (ciclo causa-consecuencia-causa), evaluación y corrección.

DISEÑO DEL PROYECTO DE VIDA

La meta es el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de las recaídas, con ayuda o no de los grupos de ayuda mutua (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Souza, 2003b; Souza, 2003f; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; De Wit, 1998; Díaz Barriga y Souza, 2003). Una vez comprendida y manejada la problemática inmediata del abusador/adicto y su comorbilidad, se supervisa su funcionamiento psicosocial en el marco de un proyecto de vida realista y el despliegue de hábitos saludables durante la abstinencia. Ello implica la restructuración funcional de la personalidad. Cuando el paciente dispone de capacidad de introspección *(insight),* y habiéndose alcanzado ya cierto nivel de abstinencia y sobriedad, se recurre a la psicoterapia psicodinámica de tres años de duración, en promedio, dada la mayor profundidad de restructuración psíquica que produce (Díaz Barriga y Souza, 2003; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Souza, 2000e; Souza, 2002c; Souza, 1996b; Crown, 1979; Ehrenwald, 1977; Strupp, 1973; Freud, 1967). Esta modalidad terapéutica rinde su mejor utilidad en la tercera etapa de manejo, momento en el que su propósito básico es la restructuración de la personalidad y el mantenimiento perenne de la abstinencia (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994; Souza, 1999c; Pellicer, 1984; Casarino, 1988; Souza 2003h). El conjunto de actividades tiene por meta informar, desmitificar, dar educación preventiva y promoción a la rehabilitación posterior tardía, ya que el tratamiento antiadictivo completo, en el mejor de los casos, tiene una duración promedio de cinco años. En tal sentido, cabe señalar que la psicoterapia psicodinámica no es tratamiento específico para los trastornos adictivos, ni para los síntomas o trastornos diversos que aparecen durante los episodios clínicos de otras patologías psiquiátricas.

En la depresión, por ejemplo, fondo común de muchos abusadores/adictos, especialmente aquellos que consumen estimulantes, los síntomas vegetativos más importantes, como la anergia, el insomnio y la anorexia, responden más pronto y mejor a los psicofármacos (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000), mientras que el estado de ánimo disfórico e inactivante puede ser apoyado desde el principio con psicoterapia, cuando el paciente es optimista con su nuevo tratamiento, o encuentra un terapeuta que comprende sus dificultades. Esta temprana mejoría, cuyo mecanismo de acción es indirecto, aparece en cualquier forma de terapia interpersonal, ya que no es atribuible a ninguna de ellas en particular.

El manejo psicoterapéutico no ataca los síntomas de la adicción; se enfoca a reducir la magnitud y recidivas del mismo al mejorar la habilidad del individuo para comprender su psicopatología, afrontarla e incrementar su resistencia emocional frente a los sucesos previos que motivaron sus actitudes y conducta de consumo. Tal manejo —véase la complementariedad— actúa de modo semejante en la depresión, al confrontar las experiencias depresógenas.

La terapia fortalece las capacidades adaptativas fundamentales (Strunin e Hingson, 1998). Por lo tanto, su objetivo se dirige a *cambiar la estructura de la*

personalidad más que a mejorar el malestar sintomático, pues los síntomas se tratan indirectamente. Es otro concepto terapéutico que difiere del manejo médico tradicional: el paciente mejorará cuando mejore su resistencia a las experiencias previas que desembocaron en su disfuncionalidad y eventualmente, de acuerdo con la experiencia, tendrá una menor frecuencia y gravedad en sus episodios (Souza, 2000e; Alterman y Cacciola, 1991; Miller, Guttman y Chawla, 1997; Stephanie y Costas, 1995; WHO, 1975). La psicoterapia psicodinámica alcanza la modificación de la personalidad con el análisis de los dos aspectos centrales: la *resistencia,* método inconsciente por el que el paciente recurre a bloquear el conocimiento consciente de su mundo intrapsíquico, y la *transferencia*, que representa una dinámica inconsciente del individuo en la vida actual, para ajustarse a las características de las personas que fueron significativas en su pasado.

Aunque el paciente ignore esta inadecuada distorsión, se afecta por las reacciones frente a las relaciones transformadas triangularmente con otros individuos. En tal caso éste proyecta sobre el terapeuta la emocionalidad derivada de sus expectativas, deseos, miedos, etc., acaecidos en su vida pasada. Con base en ello, la tarea psicoanalítica se divide en dos fases (Freud, 1967; Souza 1999c): conseguir que las experiencias de aquí y ahora con el terapeuta permitan descubrir la forma en que el pasado sigue viviendo en las percepciones del paciente y en su conducta, y mostrarle cómo la situación actual es completamente diferente del pasado (Freud, 1967; Mercado, Souza, Martínez y Martínez, 1999). En el seno de una relación íntima y de confianza, es más fácil que el paciente comprenda en forma gradual aquellos aspectos patológicos ocultos de sí mismo que el terapeuta identifica por etapas e interpreta de acuerdo con apreciaciones más apropiadas de la realidad.

A partir del conocimiento de lo oculto se vinculará a las memorias y composiciones dolorosas y al esfuerzo para resistir este conocimiento y transformación constante. He ahí la importancia de la veracidad en el manejo psicológico de los casos, como ocurre por razones técnicas semejantes en otros campos de la medicina. En consecuencia, la regla fundamental para el paciente es relatar todo lo que le venga a la mente sin censura, aunque le parezca sin sentido. Mientras, el terapeuta escucha el relato con "atención flotante" y en "abstinencia" —de participación—, hasta entender e interpretar algo revelador.

La realización y avance de la terapia promueven el proceso de confrontación sistemática del yo con un mismo material, tarea denominada elaboración (Freud, 1967; Pellicer, 1984). Sucintamente, la terapia consiste en prevenir futuras recidivas del trastorno cuya acción preventiva no logran los fármacos (Casarino, 1988; Souza, 1979b; Souza, 2000b). A diferencia de otras terapias psíquicas con objetivos más breves y concretos, la psicoterapia psicodinámica es más larga, en función de las metas que se propone. De modo que el tipo de procedimiento y la teoría de la técnica —proveniente de la experiencia clínica— en la que se sustenta

se dirigen a mantener el interés del afectado en su crecimiento, por encima de su resistencia. Para ello se recomienda:

1. que exista una entrevista profesional frecuente;
2. que ésta sea intensa, comprometida y en ocasiones llegue a resultar inclusive frustrante;
3. que se pague por ello como una forma de esfuerzo a vencer;
4. que no se dé tregua o escapatoria alguna al paciente, quien siempre intentará escabullirse para no confrontar sus contradicciones y renunciar a la meta del conocimiento que más adelante, de alcanzarse, lo hará libre.

Los descubrimientos que aparezcan lo sacudirán y le brindarán a la vez un panorama nuevo, y ello puede entenderse de muchas maneras placenteras por la promesa que encierra y a pesar de su doloroso significado (Souza, 1979b; Souza, 2000h). Cabe considerar que muchos de los abusadores/adictos, debido a su psicopatología, no disponen de las condiciones para soportar la técnica y el procedimiento, y quizá hasta podrían empeorar al examinar emociones intensas, para las cuales no están preparados cuando todavía existe consumo (distorsión transferencial). La capacidad para soportar el dolor psíquico (depresión, ansiedad, etc.) y aprender de él es un signo de madurez y fortaleza que no todas las personas tienen.

Aquella que manifieste un trastorno de adaptación puede ser ayudada en psicoterapia con miras a cursar un proceso de autodescubrimiento. La psicoterapia puede ayudar al permitir un acercamiento y una relación abierta en un periodo de la vida de urgente necesidad (Mercado, Souza, Martínez y Martínez, 1999; Souza, 1999c; Balint, 1991). Los consumidores de psicotrópicos deprimidos o ansiodepresivos son capaces de evitar su estado a partir de estilos de vida psicológicamente desviados, vía consumo, para caer una vez más, cuando no pueden prolongar su mecanismo "defensivo". Algunos de ellos intentan protegerse de sus conflictos adoptando relaciones masoquistas o de dependencia, pensando que les ofrecerán el amor y la seguridad que tan desesperadamente desean e imponen a los demás proveerles.

Otros se refuerzan en grandes y nobles empresas con la intención de probar su valía personal. Sin embargo las metas irreales y excesivas para las cuales utilizan sus defensas en el mantenimiento de su autoestima producen, paradójicamente, una constante vulnerabilidad para los episodios depresivos (Souza, 2003g; WHO, 1993; Strunin e Hingson, 1998). Tales pacientes, que a menudo exhiben cuadros depresivos (caracterológicos y/o episódicos), presentan historias de larga duración con patrones maladaptativos de personalidad, creencias distorsionadas sobre sí mismos y los demás, e importantes dificultades para establecer un sentido de propia y auténtica valía.

Por eso en sus sueños suelen aparecer cuadros abigarrados de actividades trastornadas, que acusan su autodesprecio, nihilismo y destructividad. Considérese, por ejemplo, un ama de casa de 37 años, consumidora crónica de ansiolíticos, que soñó (Souza, 1994b) "que se veía con su marido recién fallecido en un viaje a una playa, lugar semejante al que conocieron en su luna de miel, tres años atrás". Refiere que al tirarse de clavado e ingresar al agua de la alberca vio cómo ésta se enturbiaba haciéndose densa y hedionda. Notó que en el agua flotaban restos de excremento y basura, mientras las demás personas a su alrededor la miraban de una forma que parecía responsabilizarla de lo ocurrido. Miraba su piel con asombro al ver que de ella brotaba musgo verde y baboso, y su aliento hedía como si produjera desde el interior algo descompuesto. Con angustia y vergüenza por lo que le ocurría, y culpa intensa que no podía evitar, se despertó en un llanto aterrador.

Destacan entre los datos que aportó al interrogatorio que fue hija única, siempre rechazada por su madre, ignorando la causa, violada a los 9 años por su padrastro. Abortó dos veces (a los 25 y a los 34 años), siendo novia del único hombre en su vida, con quien se casó. Durante su matrimonio, que sólo duró tres años, no pudo concebir. El marido, fallecido traumáticamente cinco meses antes del inicio de la terapia, en un accidente de auto, la dejó desprotegida económica y socialmente, pues al casarse le hizo renunciar a su familia, que no lo deseaba como esposo para ella. De modo que en la actualidad se encuentra sola y con escasos recursos. Su nivel de preparación es medio pero sin haberlo concluido, lo que sólo le permite realizar un trabajo de poco significado y aprecio social, es decir, presenta las características de depresión ansiosa a lo largo de su vida, insuficientemente modificada con ansiolíticos, por lo que ve y siente la vida vacía y sin sentido (Souza, 1994b). El marco terapéutico de las acciones y metas de la psicoterapia psicodinámica realizada con abusadores/adictos es imposible de generalizar, como ocurre en casi todas las relaciones terapéuticas, ya que éstas requieren una muy alta personalización y exigen, además, observar y modificar distintos puntos vulnerables, defensas y distorsiones idiosincrásicas, así como una historia pasada y una situación actual específica.

Sin embargo, en el afán de describir las intervenciones para fines didácticos, se señala que la meta es alcanzar tres fases complementarias, entendidas fuera del contexto temporal como tareas a desarrollar en cualquier fase de la terapia (Souza, Mercado, Martínez, Arciniega, Solís, Tagle *et al.,* 2000; Gardfield y Bergin, comps., 1978). Dado que la mayoría de los individuos que se presentan a terapia lo hacen en medio de un episodio clínico, aunque no en consumo activo, su vida se muestra en algunos casos llena de ansiedad, confusión y desesperanza. Se aprecian a sí mismos angustiados y vacíos, y sienten que su entorno les ofrece pocas satisfacciones y se perciben como seres humanos poco desarrollados o sin realización, pero su negación y falta de conciencia de enfermedad los aleja de la posibilidad terapéutica.

Su incapacidad para alterar su estado interior sin psicotrópicos, y su desesperanza para conseguir sentimientos más adecuados, los lleva a desear el alivio de su dolor en forma inmediata, antes que cualquier otra cosa. Tal oferta, dice Balint (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994), es una urgencia para ambos; el terapeuta debe apresurarse a tomarla y ponderarla para reconocer su profundidad. En este punto suele presentarse la reacción contratransferencial, por lo que la valoración puede no ser certera (Casarino, 1988). Años atrás los pacientes gravemente afectados por el consumo de psicotrópicos solían abordar este periodo estableciendo una alianza con su terapeuta, esperando que el episodio remitiera. Hoy, la alianza, la disponibilidad de medicación anticraving y su alta eficacia han ayudado a acortar este periodo de sufrimiento. Además, no se considera ético prolongar el síntoma cuando existen recursos para aliviarlo (Ehrenwald, 1977; Karasu y Steinmuller, 1978; Bloch, 1979; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994).

A menudo el paciente, al sentirse deprimido, inútil, aislado y débil, desea depender del terapeuta de modo poco realista, para sustentarse y apoyarse. Por ello es frecuente que exista una temprana idealización de éste, que más tarde se convierte en decepción, resentimiento y agresión, cuando no satisface las expectativas —ignorantes o mágicas— del paciente.

Algunos médicos —dicho sea de paso— se gratifican con ello y se meten así en "camisa de once varas", pues casi nunca resulta factible satisfacer las expectativas irreales y neuróticas de otro ser humano, tal como se aprecia en los filmes *Luna amarga* o *Atracción fatal,* que aluden al tema de la relación amorosa idealizada-destructiva. Véase el conflicto si las expectativas ilusorias de apoyo se rompen: el desilusionado paciente se tornará irritable o experimentará una intensificación de la necesidad de consumo, con lo cual se incrementarán los síntomas del cortejo psíquico de la comorbilidad adictiva. Pero si no se rompen, se prolonga la iatrogenia *ad nauseam* (Souza, 2002c; Souza, 1996b; Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Souza, 1979b). Al inicio de su manejo, las personas emocionalmente perturbadas por consumo de psicotrópicos son muy estresantes para el terapeuta, a causa de la culpabilidad provocada por su dependencia (pegajosidad, vehemencia, sumisión aparente, etc.), con la cual intentará extorsionar al profesional y responsabilizarlo de lo que pueda ocurrirle si lo abandona en su desgracia (Crown, 1979).

¡Sí!, el terapeuta debe ser cálido y animar a su paciente, sin olvidar y aclarar cuanto sea necesario que la terapia es individual e intransferible, y que el peso de la curación recae en el afectado. La forma más adecuada de abordar este problema es que el terapeuta, previamente analizado, conozca las áreas defectuosas y saludables de sí mismo, y use la herramienta de su personalidad para salir adelante.

La idealización debe detectarse lo antes posible y la distorsión transferencial ha de ser corregida en el momento en que aparezca (Souza, 2002c). Ello reclama

del terapeuta honestidad sobre sus carencias y limitaciones profesionales para reconocer que no existen curaciones rápidas y milagrosas, pues de haberlas serían de dudosa procedencia (Souza, 2002c; Balint, 1991; Casarino, 1988). Esta clarificación es importante cuando el paciente edifica con sus creencias una atmósfera mágica de engaño, manipulación y secretas obligaciones, y debe mostrársele que es posible ser honesto, franco y sincero sin que por ello se deba ser criticado y abandonado.

Esta distorsión, habitual en la educación proporcionada a los miembros de nuestra sociedad, es harto frecuente, y el amor por la verdad, lamentablemente, es aún, para muchos, motivo de risa (Díaz Barriga y Souza, 2003). Como una de las herramientas correctivas de la afectación psíquica según este esquema es la autoadvertencia, se deberá impulsar cuanto antes su aparición. El paciente debe ser invitado sistemáticamente a interiorizarse y tratar de comprender el origen y los significados de sus problemas, en especial su tendencia al consumo y el consumo mismo. Dicha búsqueda implica que aquél relate —mas bien para sí— el factor precipitante del episodio clínico con una organización particular de la personalidad. La pérdida del entorno, frustración o rechazo que le provoca su sintomatología emocional, sobre todo cuando es severa, tiene un significado individual profundo para él, que amenaza con una sensación de necesidad del yo y de sus fuentes de narcisismo para autoafirmarse (Souza, 2002c). Además, lo que al observador externo le parece ser un acontecimiento trivial, puede reflejarse en arraigo, temor y vergüenza de las personas vulnerables.

Tal indagación interior no sólo inicia un largo proceso de autocompensación, sino que también ayuda al individuo a convertirse en una mente psicológica, al prestar atención a sus sueños, sentimientos y pensamientos, que en el pasado hubieran podido ser rechazados por la conciencia o ignorados con base en la convencionalidad de la educación social y la ignorancia de la gente.

De ahí que la búsqueda del significado del posible detonador también aparte a algunos pacientes del sentimiento de inferioridad e indefensión con los que han vivido, al demostrar que la psicopatología sufrida está íntimamente relacionada con factores internos y, por lo tanto —y esto es de la máxima importancia—, se encuentran potencialmente bajo su control. En consecuencia, los objetivos de la tercera etapa del manejo antiadictivo, en su primera fase, son:

1. el establecimiento de una relación terapéutica caracterizada por la franqueza y expectativas reales;
2. la comprensión de que el episodio clínico resulta de una organización morbosa de la personalidad;
3. la conexión de los acontecimientos detonantes con una particular forma enfermiza de conseguir autoestima (Souza, 1999c; Casarino, 1988; Blane, 1968).

Pero el hecho de que el paciente comprenda que sus creencias son irracionales o que sus reacciones cotidianas son autodestructivas no asegura que las concepciones sobre sí mismo o las actuaciones previas cambien inmediatamente. La psicopatología caracterológica no se abandona con tanta facilidad, ya que en tan antiguos y arraigados patrones conductuales la persona halla su "seguridad", predictibilidad, estructura y, ocasionalmente, gratificación, aunque éstas sean falsas y desadaptativas. Y porque después de todo es lo único que se conoce, hasta ahora, previo a la terapéutica (Souza, 1997b).

De ahí que resulte muy importante ofrecer acciones profesionales de alta calidad. La psicoterapia es una oportunidad decisiva para el paciente y lo es de igual forma para el profesional que desea colaborar con la solución de los problemas emocionales de quienes lo consultan. El éxito en el cambio supone la existencia de confianza en alcanzar una meta que en el presente se desconoce, experiencialmente hablando (Souza, 1997b; Lane, Hull y Foerhenbach, 1991; Souza, 2003h). Por añadidura, el paciente puede querer genuinamente renunciar a los síntomas, pero se resiste a los cambios en su personalidad, que es donde reside precisamente la psicopatología que da base y estructura de los síntomas.

La superación de tal resistencia y el gradual proceso de cambio comprenden la fase intermedia de esta terapia. En este momento es cuando se puede decir que se abre camino, pues es cuando se descubre y se sufre por los avances, retrocesos y estancamientos en las distintas áreas exploradas (Kaufman, 1996; Kosten, 1998; Kosten, 2003). La lucha implica la posibilidad de que el paciente se rinda ante la dependencia de sustancias, es decir, de apoyos externos a su autoestima, arriesgándose a nuevas formas y significados de conseguir placer como éxito vital. La resistencia más frecuente aparece en torno de que la vida se quede totalmente vacía, sin la estructura familiar, aunque ésta haya sido y sea sofocante; que las viejas creencias y adaptaciones han ido abasteciendo la mutilante ansiedad y temor de que será abandonado o ridiculizado si se atreve a romper los tabúes de la infancia, por la preservación de mitos familiares y sociales logrados.

En esta parte de la terapia la resistencia es pieza importante con la cual lidiar, y hasta puede hacer que el paciente abandone el manejo psicológico frente al dolor y las molestias que entraña, pero no es conveniente la mutilación del caso una vez que se ha establecido el camino a seguir (Souza, 2002c; Souza, 1996b; Souza, 1996b; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). Así, el apoyo terapéutico en estos momentos puede ser decisivo para mantener a un paciente en su curso de crecimiento, pese al dolor que experimenta, y las razones son, como puede apreciarse, de tipo técnico; no tienen nada que ver con el asunto económico u otros que frecuentemente se arguyen para el abandono del proceso, sobre todo en los ámbitos de la medicina privada.

Conviene, al respecto, enfatizar que la transferencia es una condición inconsciente repetitiva y caprichosa, sin más lógica que las ataduras y distorsiones del paciente con respecto a personas, situaciones y cosas de su antaño psicológico. En ocasiones los sueños, los temas reiterativos, las desviaciones o digresiones del curso natural de un relato, se constituyen en obstáculos férreos que forman la barrera que el paciente —sin darse cuenta y en ocasiones percatándose— usa con cierto placer, anteponiéndola a los ojos del terapeuta para retrasar el proceso y no avanzar en el conocimiento de sí mismo (Souza, 2002c; Souza, 1996b; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). En este tipo de pacientes crónicamente afectados por la psicopatología la distorsión transferencial puede ilustrar sentimientos básicos de devaluación y antipatía o bien exhibiciones jactanciosas de sobrecogedores poderes, megalomanía, etc. Algunos de ellos dejan ver su conflictiva a partir de que no se pueden imaginar ni aceptan que puedan gustarles a otras personas y ser aceptados por ellas o, en su defecto, dan por un hecho la grandiosidad de su persona y el atractivo natural que dimanan.

Se podría afirmar incluso que nadie acepta a un individuo con tales rasgos, salvo que se esté en condiciones semejantes o peores. En cuyo caso el primero causa ternura y despierta compasión y el segundo lo aprecia como una salvación a su persona, respectivamente (Souza, 2002c; Souza, 1996b; Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). Para los primeros, los de personalidad egocéntrica y narcisista, el amor no hay que ganárselo, viene solo... Para los segundos hay que hacer malabares espectaculares para lograrlo y quizá ni así... Ambas posiciones son antagónicas, absurdas e igualmente irreales. Además, lo terapéutico será mostrar el camino en el sentido de que existe una posibilidad real para los que quieran esforzarse (Souza, 1997b; Lane, Hull y Foerhenbach, 1991). Este núcleo constituye precisamente el centro de la devaluación y la baja autoestima, y puede verse con mayor claridad en las conductas de miedo y temor al éxito —no al fracaso— que suelen tener tales pacientes, de quienes podría decirse que no quieren que les vaya bien... La perseverante baja de su autoconcepto y la necesidad compensatoria de reafirmación buscada en la droga, las situaciones, las personas (terapeuta), etc., caracterizan una típica reacción transferencial (Freud, 1967; Souza, 1997b).

Los temores al rechazo, abandono y crítica desconsiderada por parte del terapeuta se introducen en la urdimbre de la terapia, tejiéndose con las sesiones, incluso después de consolidarse la alianza terapéutica. Estas expectativas negativas son el eco de la siempre presente posibilidad de sufrir un ataque narcisista, que caprichosamente fue experimentada en forma repetida durante la infancia (Blane, 1968; Alterman y Cacciola, 1991). Otro de los síntomas descollantes de tal psicopatología es la ansiedad, su perentoriedad e inmediatez, que representan el temor a que la gratificación de los deseos e impulsos provoque abandono y crítica, o cualquier otra cosa que los perjudique (Kosten,

2003). Esta manifestación, ostensible en casi todas sus actividades, converge en que posiblemente no les hayan permitido expresar la natural exuberancia infantil, ni gozaron del hedonismo de esta etapa vital porque fueron en general enérgicamente contenidos y reprobados por sus cuidadores y educadores (Strunin e Hingson, 1998).

Así, la búsqueda desesperada de placer priorizada sobre todas las cosas hace pensar que tales personas en realidad padezcan de anhedonia esencial, equiparable, si se convierte en conducta (muleta), a una forma de conseguir seguridad (amuleto) a expensas de la satisfacción correspondiente (Lane, Hull y Foerhenbach, 1991; Blane, 1968; Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). Más adelante en el curso de la terapia los pacientes empiezan a revelar secretos que corroboran tales apreciaciones. Conviene subrayar que tales aspiraciones, que dieron a su existencia un sentido de falsa felicidad y placer, nunca fueron saludables debido a su improductividad. Con el progreso de la psicoterapia aparecen los cambios del individuo consigo y con los demás. Hay quien descubre su capacidad de gozar genuinamente o de entretenerse, y empieza a leer, descubriendo el mundo del conocimiento e incorporándolo a su vida. Otros comienzan a relacionarse con los demás, libres de temores y exaltaciones vacuas, desarrollando actividades individuales o grupales. Los esfuerzos iniciales suelen estar mezclados con ansiedad y sentimiento de culpa, pues todavía se cree que desembocarán en malestar, crítica, abandono o desamor, motivos óptimos todos para reiniciar el consumo.

Pero cuando se llega a captar la gratificación, independientemente de que la aventura no termina en tragedia, cuando el paciente se ve aprobado por su entorno en vez de ser condenado, las reacciones aprendidas tienden a desaparecer, generándose un sentimiento de libertad, alegría y paz interior. Por eso resulta tan importante que el terapeuta muestre su auténtica aceptación en el marco profesional del humanismo que profesa. A partir de este momento empiezan a explorarse, por fin, sin dolor ni peligro, las situaciones infantiles, sin miedo a descubrir antiguas sanciones. Cuando los pacientes comprenden que con la madurez se alcanza la autonomía y la libertad, y que no se requiere ni conviene el control —ya sea interno o externo—, se van sintiendo mejor y aceptan los cambios; es decir, se inicia la reducción de la resistencia.

La última fase de esta tercera etapa de manejo se refiere a las bases complementarias ambientales y del entorno inmediato, más que a los cambios intrapsíquicos descritos. Cuando el paciente inicia el cambio de su conducta y se reorganiza su sistema de valores, las personas significativas para él pueden resistirse ahora a tales cambios.

Compañeros, amigos y empleados, conocidos, familiares, y en particular los cónyuges, pueden erigir rechazantes una barrera frente a la mejoría que observan. En este punto se presenta la paradoja del sabotaje, harto conocido en el ambiente profesional, que se deriva de las lesiones y resentimientos

producidos por la conducta de los pacientes y que puede llegar a representar un serio obstáculo. De modo que el cuadro sociofamiliar se complica y se amenaza el bienestar alcanzado (Díaz Barriga y Souza, 2003; Souza, 1979b; Souza, 2000b). Las múltiples razones para ello van desde el desconcierto hasta la envidia, pasando por la desconfianza, todo lo cual es actuado desde una perspectiva individual, no siempre clara para el individuo. La pareja, por ejemplo, a menudo puede reaccionar críticamente y en forma negativa, tratando de descalificar la nueva imagen, presentando sentimientos de alarma e irritación yoica, que surgen del proceso terapéutico del paciente y que a éste confrontan en algún sentido.

Lo curioso del caso es que las personas que interactúan con los pacientes en la vida cotidiana desean que se curen y que no vuelvan a recaer en nuevos episodios, pero a la vez se resisten a abandonar su estilo de relación anterior, tal como le ocurrió al paciente antes de desarrollar su nueva imagen, pues ésa fomentó, precisamente, episodios de irritación, autodesprecio y otras imágenes dañinas, pero aun así, aunque falsas, dieron "seguridad" y estructura por algún tiempo, antes de percatarse de lo enfermizas que eran. Por lo tanto, un tratamiento igual sería lo requerido para que las personas en torno del paciente cambiaran, pero como ello es virtualmente imposible, se abandona, por utópica, esa meta de bienestar social, de la misma forma que se hace caso omiso a su crítica pesimista, envidiosa y generalmente mal fundamentada (Díaz Barriga y Souza, 2003; Souza, 1979b; Souza, 2000b). El principal objetivo de esta etapa es *la consolidación de los cambios alcanzados*. Ciertas características superficiales que son indicativas de la profundidad del cambio pueden ayudar al terapeuta a evaluar la mejoría del paciente. Casi todas las manifestaciones se mueven alrededor de la nueva autonomía del paciente y sus actividades diarias (Souza, 2003b; Souza, 2000e; Souza, 2003f). Por ejemplo, la creatividad indica una confianza que permite intentar nuevas cosas. La espontaneidad refleja capacidad para actuar con seguridad. La habilidad para asumir los propios errores con filosofía y buen humor —ingrediente fundamental de la salud mental— (Souza, 1996a) indica el fin del colorido hipermoralizante, obsesivo, psicótico, destructor y jactancioso de considerar todos los actos como buenos o malos, tónica axiológica, por cierto, indeseable en psicoterapia (Souza, 1979b). En suma, ser capaz de asumir las fallas propias sin alarma indica que el paciente no se ve a sí mismo como despreciable si no consigue sus objetivos, sino que, por el contrario, su autoestima es ahora independiente de las vicisitudes de la vida. Otro indicador importante del cambio es que el sujeto no sólo trabaja para ser elogiado o dirigido por algún objetivo del pasado, sino para obtener satisfacciones de la vida presente y, por lo tanto, mejorar el futuro. De modo que el cambio logrado por la psicoterapia también favorece la aparición del interés por los demás, no tanto porque pudieran alimentar su autoconcepto devaluado, o para darle a aquél su

hipervalorada personalidad de otrora, sino porque un ser humano puede, sin duda, ser importante e interesante por sí mismo.

Al perder manipulaciones, el paciente tiende a experimentar una verdadera empatía por vez primera, viendo a los otros como iguales aunque sean separados. De este modo la psicoterapia se entiende como un esfuerzo que requiere actividad y aprendizaje, más que como una lucha para alcanzar la ubicación correcta del reconocimiento de personas transferencialmente distorsionadas. Y para lograrlo la terapia deberá ser siempre "el" lugar donde los pacientes puedan expresarse sin miedo, angustia, culpa o vergüenza, hasta el momento en que sean capaces de establecer otro tipo de relaciones saludables en la vida y proseguir...

He aquí una razón esencial para la reconstrucción de la vida individual: el hombre no puede ser total, completo y feliz desde un principio, dado que, como ser, es estructural y existencialmente inacabado. Tiene que "producirse" a sí mismo sin poder integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada (Fromm, 1980). Su conflicto básico se encuentra entre el amor y el odio y sus sentimientos asociados (Klein, Heimann, Isaacs y Riviere, 1952; Stein, 1990). Pero como tal situación no se hace consciente de inmediato, deberá ser educado y orientado frente al falso optimismo de la cultura, en espera de la pronta decepción de su esperanza y adaptación a la realidad. Así, el individuo sano busca por lo general vincularse con las personas, hacer familia, grupo, clan, para darle color y sentido a su vida. Y es ahí donde una relación amorosa sana se vincula al grado de desarrollo e individuación de los cónyuges, que sólo se alcanza con el enfrentamiento cabal de los conflictos profundos relativos a las ataduras incestuosas hacia la madre, la familia y el grupo, por un lado, y, por otro, con el desarrollo de las potencialidades humanas.

La siempre fascinante aventura de conocer y explorar a la pareja permite compartir la alegría de darse y recibir —en ese orden—, haciendo de ese acto una creación personal compartida. E implica también que "ambos seres sean capaces de responder voluntariamente a las necesidades expresadas o no del otro, en su carácter de ser humano y compañero; de respetarse entre sí, preocupándose de que el otro se desarrolle tal como es, sin buscar influirle" (Zajur, 1971). Una relación tal se basa en la integración de varios factores:

1. la aceptación del uno por el otro;
2. la seguridad básica en la comprensión y en la relación;
3. la comunicación intelectual y emocional en íntima armonía con la realidad, en el marco de la autonomía y la autodeterminación.

Pero tal modelo multidimensional para comprender las relaciones entre los sexos y favorecer arreglos en las estructuras de intimidad requiere, a su vez, una

comunicación efectiva y, sobre todo, el manejo adecuado de habilidades para los conflictos, denominado conciliación (Souza, 1996a).

El abusador/adicto se encuentra aún lejos de la salud vincular y psicosocial mientras no construya una mejor situación para su futuro (Millán, 2001). Salir de la adicción es muy importante, pero pone la situación "al inicio del camino"; no es suficiente para autoproducirse; todavía falta mucho camino por andar (Souza, 1997b). Recuérdese que la vida es sólo una oportunidad, no garantizada ni garantizable, hay que proseguir...

RESUMEN

Puesto que el concepto de abusador/adicto como enfermo es relativamente nuevo en medicina, es de suponer que aún se requiera explicar la psicodinamia y la psicopatología que adopte el profesional de la salud. Las modalidades psicoterapéuticas disponibles actualmente complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia. Las etapas (Prochaska) que muestran la capacidad de cambio psicológico (precontemplativa, contemplativa, determinación, acción, mantenimiento, recaída) permiten conocer la posibilidad real de reconstrucción personal: lograr el descubrimiento y un uso más prolífico y auténtico de la identidad personal. La técnica psicodinámica enfoca los significados de la "sustancia como objeto" y el estudio del "*self* del adicto", y alcanza la modificación de la personalidad, vía análisis de la *resistencia* y la *transferencia*.

La razón para la reconstrucción de la vida individual es que el hombre no puede ser total, completo y feliz desde un principio, dado que, como ser, es estructural y existencialmente inacabado. Tiene que "producirse" a sí mismo sin poder integrarse a la naturaleza en una trama segura y determinada. Su conflicto básico se encuentra entre el amor y el odio, y sus sentimientos asociados. Pero antes deberá ser educado y orientado frente al falso optimismo de la cultura, en espera de la pronta decepción de su esperanza y adaptación a la realidad. El abusador/adicto se encuentra lejos de la salud individual-vincular-social mientras no construya una mejor situación para su futuro. Abandonar la adicción es importante, pero lo devuelve a la condición de inicio; aún tiene que autoproducirse, aún le falta camino por andar.

* Souza, 2002e; Souza, 2004a.

CUARTA PARTE
TERMINOLOGÍA, ÉTICA Y REHABILITACIÓN EN ADICCIONES

XXXIII. LENGUAJE SOCIAL Y TERMINOLOGÍA*

A PARTIR del paradigma: "El arte, la ciencia y la técnica del hombre, al servicio del hombre" (Souza, 2007a) se intenta despejar las siguientes incógnitas: por qué un glosario para adicciones; destinado a quién; qué relación guarda con la actividad clínica del profesional de la salud; qué ventajas puede ofrecer y cuál debe ser su impacto (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006). La patología adictiva, resultado de múltiples factores, está fomentada por oscurantismos, mitos y prejuicios, en los que el lenguaje desempeña un destacado papel (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006). Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, la cual debe conocerse para orientarse en las complejidades de la información que contiene. El divorcio conceptual-lexicológico prevaleciente, que tanto ha dificultado y todavía problematiza nuestra comunicación, debe eliminarse en aras de superar la confusión semántica en la que algunos grupos aún se debaten, especialmente ahora, cuando entre las organizaciones e instituciones del país priva la necesidad de integrar una red terapéutica antiadictiva a nivel nacional (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006).

Pero dicha estrategia implica el uso de un código unificador, comprensible y práctico. Para ello es preciso desmitificar cuanto se requiera para reorientar la buena voluntad de la comunidad. La propuesta es sólo eso, una opción unificadora (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006).

El análisis de las adicciones desde la educación consumista caracteriza, dice Fromm: "Una orientación improductiva del carácter", responsable de que en la cosmogonía comunitaria el bienestar sea sinónimo de la búsqueda de poder y dinero como las principales metas de la "felicidad" (Fromm, 1967) de oropel, que nunca llega.

Tal enajenación y pérdida de los sentidos genera, en opinión de Horney (Horney, 1979), "una insatisfacción vital que intenta subsanarse vía evasión de la realidad, intoxicación, mercantilización o uso explotador, utilitario o cosificante de objetos, situaciones y personas por igual". Lo cual convierte a esa comunidad, según Sartre, en "Una pluralidad de soledades" (Echegoyen, 2003) enmarcadas en la anomia.

En su libro *El existencialismo es un humanismo* refiere Sartre el concepto de "condición humana" en términos de: "Estar arrojado en el mundo; tener que trabajar; vivir en medio de los demás y ser mortal", características con las que alude a la inevitable sociabilidad humana, a la inevitable libertad en la que vive el hombre y a la inevitable indigencia material de nuestra existencia, indigencia que obliga al trabajo y a las distintas formas de organización social que sobre el trabajo se levantan (Echegoyen, 2003). Por lo tanto, ni los psicofármacos —sustancias aliadas contra el dolor, la angustia y otros males del hombre— ni las drogas resuelven el vacío, la soledad y el aburrimiento...

El imperante papel del tedio y la vacuidad, y el sinsentido que priva en la vida de una creciente cantidad de personas, faculta el camino de la enajenación que describe Fromm y la serialidad a la que alude Sartre, con lo cual el ingreso al consumo de sustancias no sólo se hace factible, sino perenne (Souza, 1997b).

La influencia de la promoción de bienes de consumo, derivada de tal visión mercantil, ofrece falsas soluciones a los problemas que plantean las necesidades creadas o inducidas por la manipulación de los grupos sociales. Obsérvese por ejemplo el gran desconocimiento que hay en la sociedad de la diferencia entre *el valor de uso* y *el valor de cambio,* y cómo rigen estos equivocados conceptos —impulsados por la publicidad— los destinos de la gente.

Se compran las mercancías como símbolos de poder y estatus, y se desdeña la utilidad práctica que ofrecen en su calidad de artículos. La enajenación es tal que se viste por fuera la etiqueta, y el enajenado reacio pronto se defiende cuando se lo invita a percatarse... Contribuyen a ello los medios de información —que no de comunicación, mientras no alcancen la circularidad entre emisor, canal y receptor (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981)—, y ciertos intereses de la industria y el comercio, de los que depende una parte del desarrollo de la cultura. En ella la autoprescripción es una respuesta a una necesidad que sólo se "alivia" con soluciones externas al sujeto.

El papel de la distorsión y la tergiversación de los vocablos ocurre en ambas formas: de significantes y de significados. En la trastocación del lenguaje se tergiversan ideas, conceptos, sentimientos, actitudes y conductas.

Enajenar es trastocar, alterar el fin original; afectar: de afectación, no de afecto... Enajenar es confundir, dar ilusión al sentimiento, suplir la realidad. Así, la comunicación y las relaciones, una vez enajenadas, afectan cualquier relación humana, especialmente aquellas cuya finalidad lucrativa, en su ambición, desdeña la ética y se presta, como la publicidad, a las más diversas situaciones enfermizas.

Se ofrecen y se venden los valores, las posturas, los empleos; se cambia de principios, de color, de partido... Se inventan guerras que saquean el petróleo y destruyen la moral, y las volátiles convicciones se ofrecen al mejor postor.

La razón se confunde, la racionalización y el maniqueísmo lo enturbian todo, y la gente se inclina a adoptar el estilo de vida de la inautenticidad, porque lo

genuino amenaza la acomodaticia condición dirigida a quedar bien con quien detenta el poder. Pero qué más da, dicen éstos. ¡Sí da!... Después de la guerra de Irak unos quedaron dolidos, indignados y empobrecidos. Otros, ricos, pero insatisfechos y envilecidos... De la mano de ello, pulula entre profesionales la preocupación por la pérdida de la capacidad de asombro en la sociedad, sin la cual se tiende a vivir en la mentira, a ser parte del rebaño, a ser parte de los "sin albedrío" (Souza, 2006d). Es como oír que el general A. Pinochet —uno de los dictadores más sanguinarios de la historia latinoamericana contemporánea—, sometido a juicio internacional por crímenes de lesa humanidad, en un programa de televisión afirmó haberse considerado siempre un demócrata...

Existe en nuestro medio una clara aunque volátil confluencia entre información social, cultura y psicopatología, que no es identificada por las personas. Ésta se deriva del conjunto de vectores de socialización, donde participan de forma destacada los medios (Souza, 2006d). La indeseable confusión que propician sus "infomerciales" diverge en muchos casos de la verdad y deviene obstáculo que dificulta que se detengan los procesos mórbidos que impactan el desarrollo comunitario.

Ciertos programas de televisión, por ejemplo, incluyen aplausos entre los diálogos, quizá porque temen que no se entienda la gracia —si la hay—, y requieran guiar a la audiencia cual rebaño. De hecho, algunas personas se sienten bien informadas cuando el noticiero les dice que ya lo están... Preocupa saber cómo esa breve lista de noticias transmitida pueda sugerir a esas personas que están bien informadas.

A partir del deseo de mejorar los contenidos de la información social a través de los medios y transformarla en acción educativa dirigida a la salud mental, se desarrollan en muchas partes del mundo actividades que determinan el grado de validez y conveniencia de los mensajes. Los grupos científicos apoyan actividades destinadas a comunicar contenidos especialmente diseñados para promover y mantener la educación para la salud, diseminando contenidos selectos en torno de salud sexual, contra la violencia y en pro de la familia y su insustituible papel formativo-cohesivo de la trama social.

En muchas comunidades predomina una especie de analfabetismo científico; al estar sometidas a la continua seducción de los medios de comunicación de masas, si bien se enteran de ciertos descubrimientos y noticias relevantes de la actividad científica, ignoran el contenido y la orientación que dan cuerpo a tales trabajos y, por lo tanto, su correcta aplicación (Souza, 2006d).

Tal chabacanería, afirma Carlos Fuentes al referirse a "Cierta difusión noticiosa responsable de la banalización de la cultura", se deriva del incompleto e incorrecto manejo del conocimiento a manos de comentaristas y conductores de los medios, salvo honrosas excepciones que logran discriminar que no es lo mismo "Tender a subir, que subir a tender"...

Obsérvese que muchos comunicadores, cuando leen, hacen pausa donde no se debe, y distraen a la audiencia con su caprichosa entonación. Ellos, que deberían ser, por oficio, gente de buen decir, distorsionan el lenguaje con extranjerismos o presentan la información con imprecisiones y defectos gramaticales; emplean los adjetivos como verbos, dan uso inapropiado a las preposiciones y adverbios o conjugan los verbos sólo en presente y pasado, entre muchas otras pifias a mencionar. Además, los eufemismos, la hipocresía y la apariencia que promueven en aras de los buenos modales y de una malentendida “mejor relación humana” prescinden de la verdad, y su estilo inauténtico es ajeno a la visión educativa y de la salud colectiva (Souza, 2006d).

Por su parte, la incongruencia nominativa respecto a la conducta se advierte, por ejemplo, al calificar de “sexoservidoras” a quienes siempre se llamó de otra manera. No, no son coches usados, dice el comerciante, son seminuevos... Pero aquí, entre profesionales, reconocemos la importancia de hablar con verdad, claridad y precisión. No es lo mismo el mondongo de Tapachula... que el que se sirve en Veracruz, ¡y cómo dista *bon apétit* de buen provecho!

Algunas personas usan el lenguaje para esconder o esconderse por la vía de la racionalización y demás mecanismos inconscientes, que impiden al sujeto darse cuenta, y por lo tanto hemos de darlo a conocer (Souza, 1996a). De hecho, eso es lo que hacemos al practicar la psicoterapia. La palabra es nuestra *liaison*, vehículo del tratamiento. Darnos a entender o no depende de que hablemos un mismo lenguaje. De descubrir e impulsar el discurso reflexivo, pero sobre todo auténtico.

En ocasiones los argumentos se hacen enredosos y se utilizan para mostrar otra cara del asunto, y no la que debe tratarse. Falta información veraz a la comunidad, lo que se apareja con que en algunas casas no haya libros ni discos; quizá por ello sea bajo el promedio de lectura en el país.

El equilibrio y la armonía en la mente hacen que lo que se diga sea también armónico y equilibrado; ello faculta que uno pueda hacer comentarios racionales y ponderados. La exigencia es ser honesto para reconocer el error, la equivocación y la ignorancia. Lo cual, por fortuna, tiene remedio. La experiencia de haber sido paciente nos guía. Y si lo aprendimos bien y lo practicamos, podremos enseñarlo bien. En adicciones es particularmente importante vivir la experiencia de la psicoterapia. Es lamentable que algunos profesionales de la salud no incursionen por voluntad propia en esta gran labor de autodescubrimiento.

Esa tarea de autoproducción y actualización tiene mucho que ver con el lenguaje.

Cuando uno habla, dice lo que dice y deja ver, incluso, lo no dicho. Los ademanes y los gestos son estereotipias que necesita la persona frente a su parco vocabulario; para nombrar lo que desea separa las manos indicando con una seña, en vez de decir 30 centímetros. Asimismo, el uso de la diplomacia, los

buenos modales y ciertas costumbres, cuando son excesivos, pueden ser una limitante formal del proceso comunicativo. La incapacidad expresiva no sólo lleva a la mueca y al lenguaje con las manos, sino al *acting out*.

En la producción de neologismos y motes quien califica muchas veces se califica más que lo calificado. La nomenclatura que utiliza el profesional de la salud tiene deficiencias idiomáticas. Por ejemplo, cuando invitan a un "Curso de alcoholismo", uno pensaría que se acude a aprender a beber y sería, como dicen los norteños, de pistología. Taller de violencia donde se aprenda a golpear o ser golpeado y diplomado de adicciones, donde me aleccionarán a inyectarme.

Y a propósito, ¿qué es un diplomado? Se abandonó el digno nombre de curso que debió ser "constanciado", en favor de "diplomado", por considerarlo de categoría superior sólo por sonar más rimbombante.

En asuntos de salud, la falta de propiedad en el uso del lenguaje no es ni debe ser un capricho filológico sino reflejo de la propiedad, precisión y utilidad de los vocablos (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006). ¿Es mucho pedir? La gente dice accesar en vez de acceder, como recomienda la Real Academia de la Lengua Española. Checar por revisar, etc. (Real Academia Española, 1970). Véase en la confección de las notas de los expedientes cómo muestra y se muestra el profesional en su caligrafía, prosodia, sintaxis, gramática, organización, claridad y saber clínico (Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994).

El discurso se nutre de las palabras y éstas muestran la actividad mental. Dejando hablar al paciente, decía Freud, tarde o temprano se "traicionará" (Freud, 1981). ¿Qué léxico debe manejar el personal de salud? Para captar la diferencia entre arcadia y utopía aplicadas al trabajo, se ha de esclarecer que la idealización del pasado es añoranza y la idealización del futuro, distorsión catatímica, factores que a menudo confunden a las personas, muchas de las cuales ignoran su presencia.

Pues bien, en el campo de la patología mental la preparación escolástica formal, el trabajo clínico supervisado, la psicoterapia individual, y la práctica y la experiencia cotidianas son los pilares de la eficacia profesional, responsables de las mejores prácticas y de la trascendencia positiva en la vida de los pacientes. Nuestro léxico, colegas y colegos, diría Vicente, procede de todo ello y nos identifica. Pero si bien toda profesión tiene el suyo, hemos de advertir todavía la diferencia entre lenguaje y discurso, arduo camino pendiente aún de transitar, que escapa a la intención de este comunicado.

Por otra parte, el campo médico psicológico y psiquiátrico no reconoce validez clínica al autodiagnóstico. Debe ser un profesional quien determine la presencia o ausencia de un trastorno. Pero cuando éste es inconsciente, es decir, ignoto e intangible para el portador, podría más fácilmente hacer que el portador se defendiese frente al interés clínico por mostrarlo, sobre todo cuando dicha

perturbación es socialmente rechazada, si bien su negación no significa que no exista (Souza, 2003f).

Ahora, en relación con el desgaste del sentido de las palabras a causa de su mal uso, cabe subrayar que la enajenación social tergiversa sus significados. La lista de palabras equívocas, modismos, "rebuznancias" y erróneas formas lingüísticas en nuestro entorno es infinita (Souza, 2006d) y está aderezada de anglicismos. Cabe preguntarse por qué la mayor parte de los productos, etiquetas o envases en México contienen palabras o frases enteras en inglés.

Tratándose de adicciones, los periodistas hacen "reportes", no informes, y llaman "narcóticos" a todos los estupefacientes, incluida la cocaína y demás estimulantes. Lo curioso del caso es que tal disonancia cognoscitiva a nadie parece importarle, ni a los profesionales. Y así, la dominación extranjera en marcha es, por el contrario, motivo de ufanía e ilusión. Otros aspectos cotidianos, como el trabajo, se asumen como carga o condena; el amor, como romanticismo decimonónico de práctica obsoleta, y el dinero como un culto indispensable para ser "feliz", entendida la felicidad como la posesión de lo material, aun sin su disfrute (Souza, 1997b).

Qué lejos estamos de las premisas freudianas: *Liben und arbaiten* (amar y trabajar), paradigmáticas de la salud mental (Freud, 1981). Y como en nuestra cultura todo el mundo cree saberlo todo de adicciones, economía o política, su voz desautorizada y sin recato no les permite asumir su ignorancia.

Aun antes de saber que no era el corazón el órgano del amor, sino el cerebro, los poetas, dramaturgos, filósofos y demás civilizadores construyeron la antología de lo que hoy costaría mucho trabajo desmoronar, por equívoco. Las neurociencias se han encargado de decirnos cómo no son las cosas.

Si los poetas hubieran sabido que *ti volio benne* o *je t'aime* refieren al hipotálamo; que las emociones, en todo caso, están englobadas por la fisiología del circuito de Papez, y no de la víscera cardiaca; que lo romántico está vinculado a la electroquímica de los neurotransmisores y que "las pasiones genitales" no salen del pecho, el mesencéfalo tomaría un papel preponderante en la relación vincular y sería encomiado, no sólo como una estructura nerviosa vital, sino como el "centro funcional de los quereres", las pasiones y sus múltiples complicaciones.

Pero aun así, ni los poetas ni la investigación científica dan cuenta cabal, por ahora, de la psicopatología (Souza, 2004d). Se requiere, además, el análisis cuidadoso de su entorno, la comprensión de lo recóndito del alma humana y su esencia: la contradicción, para entender algunos de sus desvaríos, caminos en los cuales la mayor parte de la gente transita y desvalora. Véase cómo en el imaginario colectivo predominan la desconfianza y la inseguridad: antagónicos elementos de la felicidad y el placer, que tan sobrecompensadamente pregona nuestra sociedad, y que en su desesperada búsqueda impulsa a la gente, por si acaso, a hacer el amor con condón (Souza, 1994a).

Para Platón, aunque lo divulgue Lacan como suyo, “Amar es dar algo que no se tiene, a alguien que no lo quiere” (Souza, 1996a). En la sociedad contemporánea la humanización del amor y del trabajo parece ser una praxis deforme o una meta idealizada. Pero no todo lo emocional es tan inefable. Lo emotivo no sólo se sufre o goza, también es descriptible, analizable, aprendible, prevenible y, desde luego, muy recomendable (Souza, 2004d).

Para el enfrentamiento constructivo de los dilemas ineludibles del ser humano no basta consultar la “sapiencia oracular” de Madam Sassú o el mundo psicótico-*naïve* de Walter Mercado. Es esencial el desarrollo de la autoconciencia. Luego entonces, “La ampliación de la libertad responsable del individuo es para Fromm uno de los objetivos —si no el fundamental—, de la psicoterapia” (Souza, 1994a).

Las adicciones como problema psicosocial a menudo se ubican entre el nihilismo romántico y el delirio mesiánico. Lane las considera un “Apego autodestructivo caracterizado por anhedonia, temor al éxito, deprivación de sí mismo y los demás, aislacionismo, voyeurismo negativo, apego al dolor psicofísico y, en la mayor parte de los casos, masoquismo y contradicción” (Souza, 2006d). Por eso no es de extrañar que cuando tal disociación cognoscitiva es musical se exprese a ritmo de rumba flamenca en una letra que canta: “Estoy solo, cuánto me duele, ¡ay de mí!”... mientras el ritmo festivo sugiere actividad lúdica, alegría y recreación. Otra incongruencia es la famosa ironía de Groucho Marx: “Yo no entraría a un club que aceptara gente como yo”.

La palabra “adicción” se aplica a todo, como “alcoholismo”, que en un tiempo se usó para describir desde el experimentador hasta el adicto. Hoy estiman los medios, e incluso algunos profesionales, que existen adicciones: “A internet, al sexo, a los frijoles refritos, al rezo piadoso”... Se confunden con adicción vera las conductas adictivas y otras.

En efecto, el analfabetismo científico parece ser una lastimera realidad, y persiste la resistencia a llamar adicción nicotínica al tabaquismo. Y pese a que se reconoce que es una adicción, no se le asigna igual manejo que a otras. Muchas personas siguen llamándole hábito, conducta de fumar, costumbre, etc., o, lo que es más impreciso, “dependencia del tabaco”. Si para curarse hay que tratarse, para informarse hay que leer, participar y comprometerse. Quien quiera comprar muebles antiguos recién envejecidos se traicionará a sí mismo, como lo hace quien fabrica el tótem y luego de rodillas lo venera.

Desde esta perspectiva, la psicopatología es expresión de sufrimiento y lucha estéril. En este arduo proceso, el papel de la autoadvertencia y la autoactualización, senderos del crecimiento y la maduración individual y social, son sencillamente fundamentales (Souza, 1996a). Como puede colegirse, la importancia del lenguaje en toda relación es esencial. Nominar es nombrar, describir por atributos; adjudicar. Y en esa dirección, calificar o atribuir.

Pero toda nominación tiene sentido y por lo tanto consecuencia. No es lo mismo dar nombre a un hijo deseado que a uno que no lo es, al que se puede, de hecho, tardar en nombrárselo o nombrarlo de modo despectivo. Se nombra a un barco, una mascota, un perfume o una operación de salvamento. Se nombra de modo chusco una cantina o la defensa de un camión de materiales —que no un materialista—.

En ese discurso, llama la atención la denominación, ingenua quizá, pletórica de proyecciones y buenos deseos, asignada a los grupos de ayuda mutua: "Tesoros Escondidos", "Sendero Luminoso", "Victoria", "Nuevo Amanecer" y demás alusiones metafórico-triunfalistas. En las personas, sorprende lo prosopopéyico: Homero, Rabindranath, Ranferi, Xelda-Tisú, Xiomara, Jennifer, etc., buscando —con pensamiento mágico— obtener, por identificación, los atributos de los personajes de la cultura o el *table-dance*.

Tengo noticia de que a un niño de Parral, Chihuahua, lo bautizaron Aniv Rev, que, tomado del santoral, corresponde a la abreviatura del 20 de noviembre, Aniversario de la Revolución. Lo lamentable del caso es que el profesional de la salud no difiere mucho en su léxico cotidiano de lo relatado hasta aquí. Los médicos hablan distinto de las psicólogas, éstas, de las trabajadoras sociales, y estas últimas, de las enfermeras.

La misma falta de homologación conceptual y congruencia se observa entre psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, psicoanalistas. Ello converge en dificultades de comunicación, dado que cada persona tiene distinta motivación, mostrada en tiempo, lugar, forma e intención distinta para evocar la terminología, que debiendo unificar el trabajo, provoca aislamiento y luchas de poder, a veces irreductibles.

Pero el problema es aún más grande, pues en la elección del lenguaje puede no haber intencionalidad oscurantista y sin embargo lograrse. J. Lacan, *l'infant terrible* del psicoanálisis, ha requerido intérprete para hacerse accesible. No hay razón educativa para que la obra intelectual —de suyo difícil— requiera neologizarse y oscurecerse; entonces sí necesitará intermediarios.

Para Watzlawick la comunicación es más eficaz cuanto más directa, clara y sencilla sea (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981). Las grandes obras de la humanidad no han requerido explicarse, y si hubiera que hacerlo, *ipso facto* dejarían de ser universales como la música. Shakespeare, Molière, Alighieri, Cervantes, Goethe, Petrarca, Schiller, Tagore, sor Juana, y cualquier premio Nobel pueden disfrutarse de manera directa en su idioma original.

Además, la asimetría del lenguaje usado en algunas obras genera cierto predominio de unos vocablos sobre otros y de cierta predilección que impera por épocas en la cultura. A veces es "mera moda sexenal", pero nadie duda de que los consumidores tienen su propio léxico, que en ocasiones perfunde a los profesionales y les hace llevar a los escenarios formales un lenguaje inapropiado

so pretexto de “darse mejor a entender”... Lo cierto es que no todos los médicos hablan en “médico” como quienes laboran en un hospital.

Los paraprofesionales y quienes conforman las ONG también tienen su propio lenguaje. De igual modo, los autores de la literatura científica mundial muestran una forma técnica y concreta, desprovista de alegorías, cuyos tecnicismos demandan del interlocutor cierto conocimiento en la materia para acceder a su contenido. Por su parte, la publicación científica de alto nivel —la de los expertos de la OMS—, si bien asume un lenguaje simple, pretende conciliar múltiples intereses sociomédicos, políticos y administrativos y diseminarse a todos los niveles, so pena de que su utopía se frustre y quede mal con unos y otros.

Los profesionales, según sean de un área u otra, muestran una dicción particular que permanece entre ellos, sin menoscabo de ciertas incongruencias. A esto hay que agregar que los medios de información, que harto desconocen la materia, entre una acepción y otra, a menudo tergiversan los mensajes, cuando no los distorsionan a causa de su interés lucrativo-sensacionalista (Souza, 2006d).

La televisión en México, salvo excepciones, bajo el pretexto de “entretener”, se aleja de los ideales educativos y culturales de la comunidad, y mantiene una propositiva seducción, ya histérica, ya perversa, para alcanzar sus monopólicos fines (Souza, 1989a). Pero el lenguaje también se trastoca desde el ámbito oficial, al recoger el decantado de la jerga fanfárrica, que le hace requerir un vocero para aclarar y tersificar lo dicho, a efecto de que se “acomoden los mensajes”.

En fin, nos encontramos inmersos en un mar de discrepancias semánticas y metafóricas, confusión e incomunicación (Souza, 2006d).

Otra consecuencia de este asunto es que, desde la distorsión individual hasta la enajenación social, se producen infinidad de mitos, los cuales modifican nuestra labor, “al intentar dar claridad a lo que se ignora, forma o sentido a lo que se teme, control a lo que se sale de las manos”...

Los mitos son formas de aproximación, estimaciones o cálculos fallidos de contenido, veracidad y pronóstico respecto de lo que tratan. Son deformaciones involuntarias, pero harto efectivas, derivadas del inconsciente social. Son siempre inadecuadas percepciones de realidad (Souza, 2001d). Los hay relativos al origen y las consecuencias de las adicciones; a las formas de consumo y sus manifestaciones clínicas; a la variedad de drogas y sus efectos; a los tipos de pacientes y, desde luego, a sus métodos de abordaje y a sus curadores.

En la terapéutica de las adicciones, donde la mayor parte de la sociedad es realmente ignorante, y en la que de continuo encontramos burdas generalizaciones y sobresimplificaciones para entender o explicar, en su caso, el complejo fenómeno, estamos rodeados de desinformación, iatrogenia y charlatanería. Esto sin menoscabo de que los distintos lenguajes usados en la atención profesional y no profesional exhiben amplias discrepancias entre los grupos, a nivel de la praxis diagnóstica, bioestadística, terapéutica, académica, de

investigación y rehabilitación, que provocan posiciones insulares, aun dentro de una misma organización (Souza, 2001d).

Hemos observado el uso de distintos conceptos y acepciones del lenguaje sonoro, como cuando se presenta un caso a revisión, o del lenguaje escrito, como cuando se revisa un expediente clínico (Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994). Ahora bien, el mito también se relaciona con la psicopatología y ésta con elementos inconscientes, documentados. La cultura, y especialmente los textos con que se preparan los especialistas, rompieron de modo iconoclasta los mitos de su tiempo. Sí, es necesario romper los mitos.

Ninguno de nosotros que laboramos en distintos ámbitos de tratamiento de las adicciones debemos aceptar el empobrecimiento del pensamiento, ni literal ni metafórico. Cuando éste existe, inferido por la observación del lenguaje y el comportamiento verbal, se denomina *alogia,* ocasión en la que puede haber pobreza expresiva del habla o bien poca información, aunque la acción sea repetitiva o estereotipada, lo cual deviene en pobreza del contenido del pensamiento.

Cuando en el patrón de lenguaje las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no se guarda relación mutua alguna, o sólo existe relación tangencial, se habla de *descarrilamiento*. Esto es, que el individuo cambia el tema desde un marco de referencia a otro, mostrando una yuxtaposición sin relación significativa. Tal trastorno tiene lugar entre oraciones, a diferencia de la incoherencia, que ocurre dentro de ellas.

Y cuando el lenguaje o pensamiento resulta esencialmente incomprensible a los demás, porque las palabras o frases se unen sin una conexión lógica o significativa, se habla de *incoherencia,* que pone de manifiesto un grado particular de desorganización lingüística del paciente en cuestión.

En efecto, al lenguaje le pasa lo que a la poesía: muchos lo hablan mal... pero lo escriben peor (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla). Dice Becker: "No digáis que agotado su tesoro, de asuntos falta enmudeció la lira; podrá no haber poetas, pero siempre habrá poesía; mientras la humanidad siempre avanzando no sepa a do camina [...] mientras haya esperanzas y recuerdos; mientras exista una mujer hermosa, ¡habrá poesía!" (Becquer, 1979).

Muchos otros términos, como alucinación, psicosis, etc., en las disciplinas de la salud tienen significados distintos. Son fenómenos que a la luz de sus referentes teóricos se interpretan diferente. El concepto *conflicto psíquico,* por ejemplo, en el psicoanálisis se considera elemento constitutivo básico del ser humano; en otras modalidades de terapia, se tipifica bajo otras condiciones (Laplanche y Portalis, 1979).

Ejemplo de ello es la disforia por la identidad sexual, en su carácter de disgusto persistente o molestia por las características físicas o el papel social que connotan el sexo biológico. Unos lo interpretan como trastorno del estado anímico, otros como signo indicador de egodistonia, acorde con la Clasificación

Internacional de Enfermedades, décima revisión, CIE-10 (Souza, Mercado, Martínez, Martínez y Tagle, 2001).

Pregonan sus partidarios que tales individuos, por sí solos o como grupo: "Tienen derecho de ser como quieran". Sí, aunque cabe considerar que cuando existe psicopatología, ésta, como proceso, a menudo traduce diversos grados de inaceptación, disforia, egodistonia, ansiedad, depresión, conductas de alto riesgo, consumo de drogas, promiscuidad, infecciones mortales, tendencias suicidas, venganzas, etc., que rebasan el asunto del derecho para hacerse tema de afectación de la salud.

El problema es que no todas las personas de la sociedad ni todos los clínicos están capacitados para reconocer dicha psicopatología, ni muchos de los portadores para aceptarla.

Aparte de que, por diversas razones, no todos los pacientes se acercan a tratamiento, pues ingenuamente creen que negando un trastorno resuelven su condición (Souza, Mercado, Martínez, Martínez y Tagle, 2001), igual que un adicto que racionalizando desea pasar indemne los distintos planos de afectación alcanzada. Dicha confusión ha permitido establecer las técnicamente mal llamadas "preferencias sexuales", que, por un lado, no lo son realmente, y por otro pretenden legitimarse evadiendo la visión psicodinámica, con el aval de movimientos sociopolíticos y no clínicos, al dar por hecho que la sexualidad es un asunto derivado de la voluntad.

Pero la identidad psicosexual, como se sabe, no es elegible, es resultado de diversas condiciones filogenéticas y ontogenéticas, pasos evolutivos que van desde la impronta biológica, pasando por el moldeamiento sociofamiliar, hasta la asunción y disfrute del papel psicosocial, siempre que éste no le provoque malestar al portador (Souza, Mercado, Martínez, Martínez y Tagle, 2001).

Otro ejemplo de confusión terminológica se deriva de la psicoterapia de pareja. El tipo neurótico de carácter defensivo que forma una relación perturbadora entre cónyuges se denomina *colusión,* en la que ambos participantes realizan un proceso inconsciente confabulado para un fin común, no necesariamente benéfico para ambos. Tal proceso, presente en todas las parejas, se mantiene por la complicidad mutua (Souza, 1996a).

Además, el *conflicto de separación-individuación* referido por Mahler, que priva en muchas uniones, les impide ser equitativas y recíprocas. El individualismo y la posesividad, unidos al miedo y al temor a la dominación del otro, hacen a los protagonistas presa de defensividad y descalificación proyectiva (Souza, 1996a). Y claro, no es esperable salud mental conjunta cuando no existe en lo individual.

Pues bien, la confusión terminológica no sería problema si no tuviera la repercusión que a menudo tiene sobre los pacientes, el personal terapéutico, los procedimientos y sus resultados, ya que todos ellos se afectan por la presencia de

falsas percepciones que obstaculizan, rechazan o denigran las mejores prácticas en esta especialidad.

Como quiera que sea, la afectación de los pacientes, sus familias y la comunidad son razones suficientes para dirigir nuestra atención a la eliminación de este inadecuado fenómeno psicosocial (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006). Muchos estudiosos han contribuido a modificar la producción y evolución de la concepción falaz del ejercicio de la medicina y demás ciencias de la salud.

En adicciones es prácticamente la regla encontrar desinformación y tergiversación de los hechos, lo cual, dada su intangibilidad, se suma a la visión errática de los complejos asuntos de los que se encarga. En buena parte ello ocurre con la participación del personal de salud, que a menudo no repara en los asuntos educativos de los pacientes y sus familiares. Por lo tanto, es preciso deshacer las tribulaciones y temores de las personas respecto del proceder clínico.

La actividad profesional debe considerar entre sus quehaceres la educación para la salud, en calidad suficiente y necesaria para coadyuvar a resolver estas intrincadas limitaciones que restringen la atención asistencial (Souza, 2001a). Para lo cual, debe enfatizarse, el personal debe estar previamente preparado, pues ningún trabajo suple la preparación universitaria. Hoy los hechos señalan que las acciones no siempre son hijas de la intención verbalizada, como la pederastia a manos de religiosos; se dice una cosa y se realiza otra.

Tal incongruencia, más que indicar una falla de la comunicación, que también lo es, evidencia una alterada intencionalidad que, so pretexto del manejo, trasluce la persistencia de una intención de castigo contra los pacientes. Las recomendaciones de los expertos han producido revistas internacionales, manuales de tratamiento y diversos materiales que refuerzan la comprensión del fenómeno (Souza, 2003f).

Pero cualquiera que sea la solución del problema, éste reclama una participación social más efectiva y sostenida, y mejores recursos destinados a actividades más específicas en la orientación de la salud colectiva (Souza, 2003a). Por lo tanto, resulta imprescindible que las instituciones oficiales y privadas se apeguen a los marcos jurídicos existentes, y supervisen adecuadamente al personal desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus acciones, en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, con auténtico espíritu de servicio (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

En otras palabras, nos toca en suerte presenciar cómo se producen en el campo profesional actividades clínicas dirigidas a cubrir el amplio espectro de la historia natural de la enfermedad, sabedores de que un paciente tarda en llegar a tratamiento varios años y, cuando lo hace, la mecánica institucional puede

colaborar como factor de deserción (Souza, 2003a; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000).

Una parte del problema radica en que entre el personal de salud sólo unos cuantos disponen de preparación formal. El resto, bajo el aval discrecional del Estado, actúa sólo con el favor de su experiencia, desde el empirismo y sin bases observacionales confiables (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2000).

En opinión de Henestrosa, la persona debe siempre comprometerse con su oficio. Así lo mostró Kundera en *La insoportable levedad del ser*. Nadine Gordimer, premio Nobel de Literatura 1991, critica la falta de aptitud de las personas que se dedican primordialmente al desempeño, cuando éste requiere primero vocación y compromiso. Así lo han mostrado en sus vidas, de modo ejemplar, los grandes personajes de la historia, como Wagner y Nietszche, entre muchos otros, cuya decidida entrega, en términos de Frankl, dio sentido a sus vidas... Otra parte del asunto se liga a la diversidad de los modelos terapéuticos empleados, que, a lo largo de decenios, a causa de situaciones escolástico-narcisistas no superadas, no han consolidado la unidad funcional capaz de ofrecer la respuesta eficaz que esta creciente patología requiere (Souza, 2004f; Camí y Farré, 2003). Véase cómo el profesional de la salud admite en su lenguaje cotidiano terminología procedente de medios populares no profesionales. Y cómo resulta común oír hablar a los médicos usando vocablos y terminología que califica pero no describe las situaciones que tratan. Ello sin mencionar la gran dosis de confusión y desinformación que acompaña al fenómeno.

En todo caso, es deseable suplir esa condición por una información veraz y concreta derivada de esquemas informativo-educativos de programas de educación en salud mental comunitaria (Chappel y Lewis, 1992; Souza, 2005g). Los profesionales dedicados al manejo asistencial han de tomar conciencia de sus propios puntos de vista sobre los papeles relativos a su responsabilidad personal y laboral (Souza, 2004a).

La acción confrontadora de la estrategia psicoterapéutica —a menudo interpretada como agresiva por los pacientes, en tanto la sienten contraria a sus deseos de mantener el consumo— se dirige contra la sintomatología en términos de un síndrome indeseable, evolutivo y contagioso, que no debe entenderse de ninguna manera como desprecio o maltrato dirigido contra la persona, los sentimientos o los intereses del portador (Souza, 2004a; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002).

La transmisión de las ideas, emociones y sentimientos es, como en las artes, una suma de mensajes que permean los sentidos. La claridad, sencillez, legibilidad y armonía que Mozart, por ejemplo, aplicó a sus partituras, marcó su obra. ¿Qué clase de *creatividad* y de *creación* es ésa?

Genialidad y genio son, por lo tanto, palabras que habremos de usar con reserva, y no como se oye decir con tanta frecuencia y ligereza en nuestra sociedad, en especial entre los medios y la farándula. La actividad artística, como

otras actividades del hombre, requiere congruencia entre *pensar, sentir, decir y actuar* (Souza, 1996a).

Pues bien, profesionalizar la terapéutica adictiva no es sólo dejarla en manos de los profesionales, sino formalizar la labor vía conocimiento veraz. Pero en muchos casos una adecuada promoción de la incorporación del profesional de la salud a los programas antiadictivos no es esperable pronto ni fácil (Souza, 2003d). Diremos, en suma, que el lenguaje necesita unificarse y diseminarse entre los participantes, a efecto de que compartan un mismo código comprensible y práctico que alcance los variados objetivos de manejo. La medicina moderna, científica y profesional, recoge, desde hace años, el énfasis en la documentación de los hechos. Tal evidenciación pretende alcanzar descripciones cada vez más acuciosas, clasificaciones más precisas, acciones más específicas.

El uso terapéutico de la palabra, por ejemplo, se utiliza en su emisión propositiva y en el silencio, incluso. Se busca comunicar más eficazmente y con mayor propiedad, pero el discurso clínico en nuestro campo no siempre reúne estos factores y permanece atomizado entre los diferentes modelos institucionales. Es preciso unificar la terapéutica nacional en un sistema conjunto, práctico y efectivo.

La formación educativa del personal de salud, no obstante su experiencia y eficacia reconocidas, persiste en la heterogeneidad lexicológica, cuando no en la ambigüedad u obsolescencia. Los modelos curriculares y los materiales de enseñanza deben desarrollarse sobre la base de hacer más accesible el conocimiento, suministrar apoyo técnico y ofrecer procedimientos de difusión automatizada.

La verdadera instrucción requiere la unificación del léxico mínimo, en términos comprensibles para todos los involucrados (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a). Los 523 términos que componen la propuesta (Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006) destinada al tratamiento de problemas adictivos y patologías derivadas o concomitantes, recogidos de la literatura internacional y nacional, diccionarios especializados y catálogos oficiales, pretenden cuidar la uniformidad de las líneas conceptuales, dando cabida, en tono ecléctico, a las distintas corrientes productoras de vocablos (WHO, 1994).

Sin embargo, la diversidad de fuentes exige que el lector actúe más allá de la costumbre y los prejuicios. He aquí un deseo de propiedad en el uso del lenguaje y su claridad necesaria en el ámbito profesional de las adicciones.

Cuando las cosas no se entienden es imposible distinguir, por ejemplo, si el Totumo de Guarenas hace referencia a cuecas chilenas, a valses peruanos o venezolanos. Ejemplo de claridad en este asunto lo ofrece la NOM 028 (Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999), para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones: “Si un establecimiento de salud en adicciones no cuenta con

una sistematización clínica de sus datos con apego a una clasificación internacional, no está en posibilidad de ofrecer resultados adecuados al sector".

Abandonemos la ley del menor esfuerzo y encaucémonos hacia los ideales no quiméricos, en pro de lo práctico de la compartición equitativa y respetuosa del esfuerzo y la productividad en equipo, donde la responsabilidad es una satisfacción compartida que hace memorable la experiencia.

La insustituible labor de "puente" entre la información científica y su apropiada diseminación a la comunidad es tarea aún por consolidar, que reclama un periodismo científico de mejor presencia y calidad, con base en la idea de que, si la ciencia es una respuesta sistemática a la perenne pregunta sobre el porqué de las cosas, y el humanismo, una tradición de búsqueda del bien sin ponderación moral propositiva, entonces ¡seamos científicos humanistas! (Souza, 2007a).

Dice Gorki: El hombre nace, para más tarde nacer de él un hombre mejor. Esperamos que la labor sea fecunda. Dedicación, profesionalismo, tolerancia y respeto son los valores capitales e insustituibles en el ejercicio de esta actividad.

RESUMEN

En el campo de las adicciones persiste un divorcio conceptual-lexicológico que dificulta la comunicación entre el profesional de la salud y entre éste y los pacientes y sus familiares, que oblitera la comprensión de los procedimientos curativo-rehabilitatorios. La falta de propiedad en el uso del lenguaje no es ni debe ser un capricho filológico, sino reflejo de la propiedad, precisión y utilidad de los vocablos.

En la confección de las notas de los expedientes se advierte la caligrafía, gramática, organización, claridad y saber clínico del personal, discurso que refleja la actividad mental. La formación del Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las Adicciones, que convoca a todas las organizaciones e instituciones del país, debe contar con un código unificador, comprensible y práctico, para lo cual precisan clarificarse conceptos y vocablos, a la vez de desmitificar lo que se requiera, a fin de reorientar la buena voluntad comunitaria.

Entre los problemas a subsanar destacan la autoprescripción y el consumo irrestricto de psicotrópicos en el marco de la sociedad consumista contemporánea; la eliminación del autodiagnóstico y la comprensión conceptual clara que posibilita la actividad curativa; la generalización y sobresimplificación en torno al fenómeno adictivo (mitos) que enrarece el ambiente y dificulta la labor.

La profesionalización del personal, pieza fundamental de la tarea antiadictiva, adicionada de actividades de educación en salud mental, permitirá enfrentar

juntos, con mayor éxito, el combate de esta grave y creciente patología, en la que la ética es imprescindible y la visión humanista esencial.

* Souza, 2006d.

XXXIV. LA BIOÉTICA Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD*

> El secreto de la buena atención al paciente está en interesarse por él.
>
> F. W. PEABODY, 1927

EN LA MEDICINA de hoy los cambios en algunos campos han sido tan vertiginosos como drásticos y ofrecen perspectivas globales promisorias a partir de transformaciones conceptuales y el replanteamiento de algunos principios filosóficos y sociológicos. Los estudios genéticos, en pleno desarrollo, ofrecen perspectivas diagnóstico-terapéuticas hasta hace poco impensables, que, junto con la reflexión bioética, tienden a redefinir la concepción humana y la manera en que las sociedades conciben su bienestar.

En tal sentido, cabe cuestionar si han de detenerse los avances científicos mientras no sean claras las implicaciones éticas y sus alcances sociales a futuro (Hamui y Halabe, 2007). Dada la importancia del replanteamiento de la concepción humana, muchos autores se inclinan por mantener la integración de la ciencia y la ética en tanto se resuelven estos trascendentales dilemas (Souza, 1986a). Considerando el amplio y diverso campo de la formación médica, el aprendizaje de la clínica ocupa por antonomasia un lugar primordial al cual se han dedicado mayores esfuerzos que a la enseñanza ética (Provenzano, 2002). Se ha mantenido, señala Lifshitz (Lifshitz, 2000), la dualidad de combinar las técnicas pedagógicas del "aprender haciendo", típico de las artes mecánicas, y el "aprender escuchando", característico de las artes liberales. A efecto de lograr balance entre unos conceptos y otros se requiere un poco más de teoría y trabajo pedagógico, para dejar de añorar al maestro-artesano y revalorar al docente-médico (Santoni, 1996).

Se precisa, además, saber utilizar las nuevas técnicas y herramientas en imagenología, medicina molecular y genómica, informática aplicada, telemedicina, etc., pero hemos de desarrollar a la par una enseñanza sistematizada de la clínica (Hamui y Halabe, 2007), donde la ética deviene fundamental para la adecuada estructuración del profesional (Souza, 1986a).

La utilidad de ello (Matadamas y Hernández, 2007) radica en la propuesta de G. Claxton (Claxton, 2001): aprender es inherente al desarrollo, tiene etapas y tiempos, es progresivo, continuo y no se remplaza. Además, la facultad de aprender se desarrolla a través de la cultura, y no sólo por la instrucción; por lo tanto, es indispensable *aprender a aprender*. La configuración necesaria para el recto proceder médico debe, entonces, instilarse a tiempo, justo al inicio y a todo lo largo del proceso formativo (Souza, 1986a).

Para contextualizar tal enseñanza, considérese la espléndida revisión de Vidal (Vidal Gual, 1999) por áreas (filosófica; socioeconómica; educativa; de la práctica y conocimiento médicos; de la relación médico-paciente y de la comunicación masiva), en la que describe la influencia del positivismo, de la ética utilitarista, el surgimiento de la bioética a través de sus centros de investigación aplicada y los cambios en el modo de abordaje de los problemas ético-médicos; los cambios político-económicos, la participación estatal en la atención a la salud y el cambio hacia la medicina socializada; la importancia del perfil profesional; la influencia del conductismo y los cambios ocurridos en los últimos decenios; la mayor participación de los pacientes en las decisiones que involucran a su salud y la influencia de los medios en la divulgación de los aciertos y fallas en la atención médica.

Dicha revisión enfatiza la necesidad de enseñar la ética médica en el marco de la bioética, los objetivos educacionales y las estrategias que involucraría, algunas de las cuales están utilizándose en diversos sitios, y la respectiva evaluación de ese aprendizaje (cuadro XXXIV.1).

Y considera también que, como la evaluación del aprendizaje de la ética involucra aspectos cognoscitivos (memorización, interpretación o solución de problemas, recepción, respuesta o internalización) y afectivos de distintos niveles de complejidad, estos últimos más difíciles de evaluar, es recomendable el uso de la entrevista, el cuestionario y el sociodrama (Rothman, 1987).

CUADRO XXXIV.1. *Principios fundamentales de la bioética*

1. *Ser civil o secular:* debido a la existencia de gran variedad de ciencias, la ética no debe ser religiosa, debe respetar las ideas, desde el ateísmo hasta cualquier ciencia oculta. No debe guiarse a partir de mandatos religiosos de cualquier índole; deben respetarse las ideas del paciente.
2. *Ser pluralista:* en la ética no existe el partidismo ideológico o la imposición doctrinaria. El objetivo del médico es el bien, o sea, el paciente, enfocado en forma de bien común, sin importar la militancia y las creencias ideológicas.
3. *Ser autónoma:* significa que las normas son dadas por el sistema autorregulador del ser humano, no le son impuestas al individuo por creencias del médico o cualquier tipo de personal. El criterio ético autónomo se basa en la moral dada por la razón y el objetivo primordial de moralidad es el propio ser

humano, que son las éticas heterónomas; éstas pueden ser de los siguientes tipos:
a) de tipo naturalista: bondad, dada por la naturaleza;
b) de tipo sociológico: dada por costumbres o convenciones de cada sociedad;
c) de tipo teológico o religiosa: regida por revelaciones o libros sagrados.

4. *Ser racional:* deben predecirse las consecuencias en forma abierta y consecuente, valorar los alcances y limitaciones. No significa ser racionalista (calcular exactamente en forma matemática, encasillando todo proceso en esquemas estadísticos y predictivos); ser racional es analizar estados, situaciones, consecuencias y, sobre todo, el estudio individualizado de los casos con base científica.
5. *Ser universal:* significa evitar el convencionalismo; las aplicaciones de la ética deberán ser valederas en todo lugar, pero dejando apertura para cada situación susceptible de revisión.

FUENTE: Gracia, 1989.

Dado el carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente, en función de los fines específicos de la medicina (Xirau, 1987), los médicos siempre identificaron en su quehacer una dimensión moral, que a lo largo de la historia de esta ciencia les permite establecer diversos códigos morales (Foucault, 1976).

Sin embargo, la visión abstracta, descontextualizada y ahistórica de médicos y enfermos, y del ejercicio de la medicina, que prevalece en muchas ocasiones alejado de la ética médica (Ocampo, 2007), no repara en la naturaleza plural que ha tenido la sociedad, ni en las cambiantes condiciones en que se han ejercido la medicina, los recursos médicos y la percepción de la enfermedad modificadas a lo largo de la historia humana.

De hecho, la gran mayoría de los textos de ética médica tradicional no contemplan que los médicos tienen responsabilidades no sólo con los pacientes que los consultan, sino también con la familia y con la sociedad en su conjunto, en lo que a su salud se refiere (Matadamas y Hernández, 2007).

Dado el origen *sui generis* de los textos morales médicos es patente que, en la práctica, ninguna de las agrupaciones médicas que los han formulado se ha fundamentado en algún sistema de bases filosóficas (Bernal Villegas, 1981).

Por ello es que estos documentos han carecido de una ética reflexiva que los sustente (Roldan, 1984). Y dado que el cumplimiento de sus normas apela solamente a la conciencia del médico, sin establecerse sanción alguna en el caso de su incumplimiento, como señala Ocampo (Claxton, 2001), es explicable su inobservancia en muchos casos.

El tema de la ética médica es tan vasto que no sólo compete a la facultad de medicina sino también a otras que participan en su análisis y contribución, como parte de los programas de formación profesional. La persona humana posee

estructuralmente, en forma esencial, una dignidad absoluta, no como algo agregado a lo que pueda renunciar o despojar, sino como algo inherente a su estructura (Laecio, 1947).

Desde la antigüedad, Protágoras (480-410 a.C.) enseñó: "El hombre es la medida de todas las cosas: La regla de oro de la ética sigue siendo reconocer la dignidad del otro como persona". Por lo tanto, convertir a la persona humana en medio para conseguir a su costa beneficios económicos, ideológicos, políticos, religiosos, sanitarios, etc., es faltar a principios éticos fundamentales, es atentar contra su dignidad y su libertad, generalmente con artificios de manipulación que la privan de la capacidad autocrítica y de autodeterminación, tornándola esclava de quien la utiliza para intereses propios, ajenos a los de aquélla.

La ética se define como la disciplina que se ocupa de la moral; son de su estricta competencia los actos humanos, a los que califica de buenos o malos cuando sean libres, voluntarios y conscientes. Puede entenderse también como el cumplimiento del deber: relacionarse con lo que uno debe o no hacer. Se diferencia de la moral, parte de la que ésta tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, en tanto la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios.

De ahí que se interprete como *moralidad de la conciencia,* que Hegel consideró representante del espíritu objetivo al que, a su vez, E. Fromm denomina "conciencia autoritaria", y que en su calidad de ciencia —no siendo especulativa, sino práctica—, expone y fundamenta principios universales sobre la moralidad de los actos humanos (Vidal Gual, 1999).

Para instituciones como el Estado y la Iglesia, encargadas de fijar normas, son obligatorias para toda la comunidad en el primer caso, y sólo para sus adeptos en el segundo. Y dado que ambas se relacionan con el deber, a menudo moral y ética, así como ética y deontología, se utilizan como sinónimos. Sócrates fue el primero que hizo de la virtud un modo de vida. Su ética fue la *ética de la virtud,* hasta que Kant la trocó en *ética del deber,* con un significado distinto. Para él la conciencia es el sentido del deber.

Kierkegaard aceptó que la finalidad de la vida es el cumplimiento de los deberes. Pero el deber no puede ser una consigna, sino algo que nos incumbe: "El individuo verdaderamente ético —señala— experimenta tranquilidad y seguridad porque no tiene el deber fuera de sí mismo, sino en él" (conciencia), independiente de sanciones y recompensas externas.

Para Cicerón, de los principios en los que se fundamenta la honestidad, es decir, el cumplimiento de los deberes, el más importante es el que tiende a mantener la sociedad y a fomentar la unión entre los hombres, principio compuesto por sendos valores: la justicia y la beneficencia. Al efecto, Ross concibe distintos deberes: de fidelidad (decir la verdad), de reparación (principio de *quid pro quo*), de gratitud, de beneficencia (ser mejores), de no maleficencia (no hacer daño a otro), de justicia (distribución de los recursos de acuerdo con

los méritos y necesidades de las personas) y de automejoramiento o autoperfección (Rothman, 1987).

La ética médica se inició en la Mesopotamia del siglo XVIII a. C. con el código del rey Hammurabi, que regulaba la actuación de la profesión médica. La cultura occidental reconoce su inicio con el juramento de Hipócrates (cuadro XXXIV.2), siglos V y IV a. C. (época de Sócrates). En los preceptos del *corpus hippocraticum* se señala: "Si hay amor a la humanidad, también hay amor a la ciencia" (Xirau, 1987).

CUADRO XXXIV.2. *El juramento de Hipócrates (interpretación)*

- Mención divina para darle fuerza sagrada
- Amor filial y respeto a los maestros
- Transmisión cautelosa de los conocimientos
- Actuación sólo a favor del paciente
- No causar muerte voluntariamente
- No provocar abortos o dar abortivos
- Evitar la corrupción, fomentar la honradez
- Mantener el secreto profesional
- Evitar la lascivia y lujuria con los pacientes
- La recompensa a la buena práctica médica

Tratados hipocráticos, tomo I, Madrid, Gredos, 1990.

La ética médica se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral e incluye todo "acto médico" en las distintas actividades clínico-quirúrgicas, de salud pública, laboratorio, patología, legales, investigativas, etc. Y dado que todo lo que una persona hace tiene antecedentes sociales, e inevitablemente tendrá efectos sociales, es fácil entender por qué el principio ético de beneficencia, de carácter individualista, hubo de ser complementado con el principio de justicia, de alcance social (Foucault, 1976).

La ética, al igual que la medicina, es una disciplina antropocéntrica; el hombre siempre ha sido considerado como el bien mayor de la naturaleza; por lo tanto, sirve de vehículo a valores, entre los cuales la vida y la salud son los más apreciados, cuya polaridad plantea dicotomías como la enfermedad y la muerte. Para Descartes (Descartes, 1964) la salud es sin duda el primer bien y fundamento de todos los demás bienes de la vida, por los cuales el hombre puede realizarse y trascender, pues no tendría sentido la existencia de valores si escaparan a la posibilidad de ser apreciados por el hombre.

La ética médica es práctica y normativa (Dunn, Gallagher, Hodges, Prendergast, Rubenfeld y Tolle, 1994). Con ese criterio ha sido absorbida por la bioética —término usado por primera vez en 1970 por Potter—, definida como:

"El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales". Por lo tanto, la bioética enseña a analizar metodológica y racionalmente los conflictos de valores que pueden darse en su ejercicio.

Se trata de un sistema de principios que rigen la conducta profesional del médico, lo cual implica que la práctica de la medicina exige una elevada calidad moral para realizar con éxito todas las dimensiones de su ejercer:

1. la relación médico-paciente;
2. la relación médico-médico;
3. la relación médico-sociedad;
4. la relación médico-ambiente y docencia en salud (Reiser, Dyck y Curran, 1977).

En 1948, con la fundación de la Asociación Mundial de Médicos en Ginebra, Suiza, tras los sucesos de la segunda Guerra Mundial, se adoptó un primer compromiso internacional que resume los requisitos enunciados de la ética al declarar la promesa: "No permitiré que aspectos religiosos, nacionales, racistas, de partidos o de clase interfieran entre la profesión y los pacientes" (Povar y Moreno, 1988). Así, los valores médicos, jurídicos y sociales, siempre dinámicos, están contenidos en diversos códigos (cuadro XXXIV.3).

El médico en ejercicio, para actuar dentro del marco ético, deberá estar familiarizado e identificado con los valores y principios que sustentan el sistema ético médico (ACP, 1989). Cabe mencionar las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (1989):

1. el médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo;
2. el médico debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina;
3. el proceso por el cual el médico llega a las decisiones éticas y las implementa debe ser sistemático y consistente con la lógica (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 1989).

En el contexto planteado, han de responderse varias preguntas.

¿Qué espera el paciente de su médico?

1. disponibilidad: el paciente quiere que su médico esté accesible cuando lo necesita; la principal causa de cambio en la clínica privada lo constituye el no encontrarlo al ser requerido;

2. prontitud: los pacientes agradecen y admiran la exactitud; las esperas prolongadas en forma habitual en una clínica desesperan y decepcionan;
3. apariencia, orden y pulcritud: el paciente escudriña y estudia la apariencia y limpieza tanto del médico como del orden en su escritorio y clínica en general.
4. minuciosidad: el paciente percibe el manejo del interrogatorio y examen físico; incluso muchos "graban" mentalmente la forma en que fueron examinados haciendo comparaciones entre uno y otro médico;
5. respeto: a pesar de haber diferencias de tipo educacional, el paciente exige respeto en el trato; el médico debe respetar la edad y no abusar prepotentemente de la confianza; además debe cuidar su vocabulario;
6. cortesía: el paciente admira y aprecia el buen carácter, el saludo afectuoso e incluso el apretón de manos;
7. interés: el paciente percibe si su problema es importante o si le concierne al médico;
8. integridad: el médico debe ser y aparecer honesto ante el paciente;
9. profesionalismo y eficiencia: algunos autores llaman "la hora de la verdad" al momento en el que el médico hace la receta; titubear frente al paciente le transmite inseguridad y falta de confianza.

En suma, la relación médico-paciente ocurre entre quien sufre y necesita ayuda y quien está capacitado para ayudarle (Swick, 2000). En tal dirección, considérense las siguientes observaciones y recomendaciones. En el entorno actual de la medicina, durante los últimos años ha renacido un creciente interés en la búsqueda de devolverle el carácter de una profesión con un compromiso social, más que el de una simple ocupación. Es decir, una vocación en la que el médico actúe con altos patrones de profesionalismo. Sin embargo, para ser capaz de aplicar el concepto de profesionalismo es necesario comprender la naturaleza de la profesión y tener en cuenta que precisamente el desarrollo profesional —en el más amplio sentido del término— es uno de los objetivos principales de los responsables de la formación médica.

CUADRO XXXIV.3. *Código internacional de la ética médica*

DEBERES DE LOS MÉDICOS EN GENERAL

El médico debe mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional.
El médico no puede permitir que motivos de ganancia influyan en el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional a favor de sus pacientes.
El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con respeto y compasión por la dignidad humana.

El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas y esforzarse por dejar al descubierto a aquellos médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a quienes incurran en fraude o engaño.

Las siguientes prácticas se consideran conductas no éticas

La publicidad hecha por médicos, a menos que esté permitida por las leyes del país y del código de ética de la Asociación Médica Nacional.

El pagar o recibir cualquier horario o emolumento con el solo propósito de proporcionar un paciente a un colega, una receta a un farmacéutico u obtener el envío de un paciente a un establecimiento.

El médico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.

El médico debe actuar solamente en el interés del paciente y proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

El médico debe obrar con suma cautela al divulgar a través de canales no profesionales descubrimientos o nuevas técnicas o tratamientos.

El médico debe certificar únicamente lo que él ha verificado personalmente.

DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS ENFERMOS

El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

El médico debe a sus pacientes todos los recursos de las ciencias y toda su lealtad.

Cuando un examen o tratamiento sobrepasa su capacidad, debe remitir al paciente al médico calificado en la materia.

El médico debe aún, después de la muerte de un paciente, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado.

El médico debe proporcionar el cuidado médico en caso de urgencia como un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden y quieren brindar tal cuidado.

DEBERES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ

El médico debe comportarse con sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

El médico no debe atraer los pacientes de sus colegas.

El médico debe observar los principios de la declaración de Ginebra aprobada por la Asociación Médica Mundial.

FUENTE: OMS, Ginebra (aprobado en 1949, corregido en 1968 y 1983).

Los rápidos avances en el conocimiento durante los últimos decenios han impactado el ejercicio de todas las profesiones, pero en ningún caso de manera tan dramática como a la medicina. Como consecuencia, uno de tales aspectos es el incremento en el "profesionalismo experto" acompañado del decremento en el "profesionalismo con compromiso social" (Cruz Moreno y Souza, 2007). La profesión médica, al distraerse de sus propósitos públicos y comunitarios, tiende a perder su vocación distintiva. El profesionalismo médico comprende lo que el médico hace y el "cómo lo hace", es decir, integra las habilidades, actitudes y valores con los cuales el profesional médico demuestra que merece la confianza que el paciente y la comunidad le otorgan, bajo la premisa de que antepondrá siempre la búsqueda del bienestar del paciente y de la comunidad como primer objetivo (Gingsburg y Regeher, 2000).

La naturaleza del trabajo del médico es activa y, a largo plazo, de aprendizaje autodirigido; involucra la aplicación de un cúmulo de conocimientos especializados y la capacidad de ir incrementando éstos constantemente en función del beneficio social. Al respecto, la Asociación Norteamericana de Escuelas de Medicina, en su proyecto de objetivos de las escuelas de medicina (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation y European Federation of Internal Medicine, 2002), identifica cuatro grandes atributos que todo estudiante médico debe demostrar haber adquirido antes de su graduación y que el médico en el ejercicio debe poseer:

1. altruismo;
2. conocimiento;
3. destreza;
4. cumplimiento,

de tal modo que el profesionalismo médico (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation y European Federation of Internal Medicine, 2002) abarca las siguientes características:

1. Capacidad para subordinar los intereses propios a los de terceros. No sólo en medicina, sino en cualquier profesión, es de esperar de quien ejerce que subordine sus propios intereses —e incluso los del sistema de salud—, para satisfacer de la mejor manera posible las necesidades del otro. Dada la importancia de este principio fundamental en la práctica médica, se ha tomado como sinónimo de profesionalismo.
2. Apego permanente a la moral y la ética. El hecho de que la medicina, como profesión, esté bajo el marco de principios morales, conlleva que el médico actúe y se comporte éticamente en su vida profesional y privada. Los principios de beneficencia y no maleficencia implican la obligación del médico de hacer el bien y no hacer el mal bajo ninguna circunstancia.

3. Respuesta a las necesidades sociales. Se manifiesta con el compromiso de servicio a la comunidad. Para que cualquier profesión alcance el objetivo para el cual fue creada debe dar respuesta a las necesidades económicas, sociales y culturales de la comunidad en la que se ejerce. En medicina ello se traduce como el compromiso del médico de proveer y dar cuidado a los más necesitados, mejorar el acceso a los servicios de salud, así como el compromiso de ver más allá de la necesidad física del paciente para resolver los determinantes no biológicos de la falta de salud.

4. Actitud congruente con valores (honestidad, integridad, calidez, compasión, altruismo, empatía, respeto hacia los otros e inspirar confianza). A diferencia de otras ocupaciones donde los valores humanos no toman tanta relevancia, en medicina es imposible alcanzar un comportamiento profesional si quien la ejerce no los pone en práctica. Algunos autores han caracterizado esta parte humanística de la medicina como "obligaciones particulares" del médico, por lo que si éste no los asume nunca podrá cumplir los objetivos de la profesión.

5. Ejercicio de la responsabilidad. Es imperativo que el médico, tanto el individuo como el cuerpo colegiado, establezca los patrones de su práctica que garanticen el ejercicio autónomo y con nivel de excelencia.

6. Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia. Hoy en día todas las profesiones se basan en los más altos niveles de conocimiento, habilidades y destrezas. El médico tiene el compromiso de adquirir constantemente el conocimiento, así como de desarrollar continuamente las nuevas habilidades que harán de él un profesional de excelencia. Dados los incesantes cambios que ocurren en el campo biomédico, resulta imposible adquirir todos estos nuevos conocimientos, por lo que el compromiso de mejora continua conlleva la capacidad de reconocer y aceptar las propias limitaciones en conocimientos y habilidades clínicas.

7. Compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico en su área. Mientras que el compromiso con la búsqueda de la excelencia tiene un enfoque introspectivo, el compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico tiene un enfoque hacia el exterior. La obtención del conocimiento se asocia con el compromiso de transmitirlo para el beneficio de los demás: pacientes, otros médicos o la comunidad en general. Este avance del conocimiento científico se puede dar a través de la investigación o garantizando que el ambiente del ejercicio de la medicina sea el más favorecedor para el cuidado eficiente del paciente.

8. Capacidad de trabajo con alto nivel de complejidad e incertidumbre. En la práctica médica la incertidumbre y la ambigüedad son elementos característicos e inmutables. El médico debe ser capaz de ejercitar el juicio independiente para poder tomar las decisiones correctas en el ámbito de circunstancias complejas, inestables y, a menudo, con información incompleta.

9. Reflexión y capacidad de autocrítica respecto a sus decisiones y acciones. El médico debe ser capaz de reflexionar acerca de sus decisiones y acciones tomadas, ser autocrítico respecto de éstas, no sólo para mejorar sus conocimientos y habilidades, sino para equilibrar su vida profesional y privada; la capacidad de reflexión y autocrítica es indispensable para la toma de decisiones clínicas (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation y European Federation of Internal Medicine, 2002).

A continuación se describe en forma breve la propuesta sobre los principios fundamentales y responsabilidades de la práctica médica propuestos y establecidos de manera colegiada por el grupo Proyecto Profesionalismo (Medical Professionalism Project, 2002), formado por múltiples colegios médicos de los Estados Unidos y de Europa (American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, ACP-ASIM, American Board of Internal Medicine, ABIM, American Medical Association, AMA, y European Federation of Internal Medicine, 2000), difundidos bajo el título de "Recomendaciones generales respecto al profesionalismo médico en el nuevo milenio" y que posteriormente (2002), debido a su trascendencia, se publicaron de manera simultánea en *Lancet* y *Annals of Internal Medicine* (Medical Professionalism Project, 2002; Cruess, 2008). Los principios fundamentales del profesionalismo son:

1. Primacía del bienestar del paciente en términos de la dedicación para servir al interés de éste. Se basa en el atributo profesional del altruismo que contribuye a la confianza esencial en la relación médico-paciente.
2. Autonomía del paciente. Referido a la honestidad que el médico debe tener con sus pacientes para que éstos puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, así como respetar dichas decisiones siempre y cuando se encuentren dentro del marco ético y legal.
3. Justicia social (Cruess, 2008). La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de salud, incluyendo la justa distribución de los recursos, eliminando la discriminación por raza, género, edad, estado socioeconómico, etnia, religión o cualquier otra categoría social.

Por otra parte, las responsabilidades profesionales incluyen los compromisos para:

1. La competencia profesional: compromiso del médico por el aprendizaje continuo, así como por ser responsable de mantener el conocimiento médico, las habilidades clínicas y el equipo necesarios para garantizar la mejor calidad del sistema de salud.

2. *La honestidad con el paciente:* junto con el principio de la primacía del bienestar del paciente, la responsabilidad profesional de la honestidad se refiere a proporcionar al paciente la información necesaria para que, en ejercicio de su autonomía, pueda decidir la terapéutica que más le convenga. Mas no se refiere a que el paciente debe participar en todos los niveles de toma de decisiones, sino a que debe estar lo suficiente y honestamente informado para poder decidir sobre su tratamiento.
3. *Confidencialidad:* al ganarse la confianza y confidencia del paciente, el médico debe comprometerse a guardar la información que éste le proporciona. Esta responsabilidad cambia cuando la información dada por el paciente pone en riesgo su propia vida o la de otras personas.
4. *Mantenimiento de relaciones apropiadas con los pacientes:* dada la vulnerabilidad y dependencia del paciente, ciertas relaciones con éste deben ser evitadas. Particularmente, los médicos nunca deben buscar obtener ventaja sexual, económica o de cualquier otro tipo de sus pacientes.
5. *Mejorar la calidad del cuidado de la salud:* se refiere no sólo a la búsqueda de la excelencia en conocimiento sino también al trabajo en colaboración para la reducción del error médico, el incremento de la seguridad del paciente y la disminución del abuso de los recursos de salud. Asimismo, alude al compromiso del médico por el desarrollo y la aplicación de nuevas medidas de calidad que aseguren un mejor servicio para el cuidado de la salud.
6. *Mejorar el acceso al servicio de salud:* reducir las barreras que impiden que el acceso al servicio de salud sea equitativo para todos. Dentro de cada sistema de salud se debe perseguir eliminar todas las barreras educativas, legales, financieras, geográficas y de discriminación social.
7. *Justa distribución de los recursos:* manejo de los recursos para generar el mejor costo-beneficio de los recursos limitados del sistema de salud.
8. *Conocimiento científico:* el contrato que el médico adquiere con la sociedad está basado en el uso íntegro del conocimiento científico para beneficio comunitario. De ahí el compromiso de mantenerse en los más altos patrones científicos, así como para la creación de conocimiento científico nuevo y fidedigno.
9. *Mantener la confianza en conflictos de interés:* responsabilidad de reconocer y resolver los conflictos de interés que surjan en el transcurso de sus obligaciones y actividades profesionales.
10. *Responsabilidades profesionales:* trabajar en colaboración para maximizar el cuidado del paciente, respetarse unos a otros y participar en los procesos de autorregulación, incluyendo la disciplina de los miembros que no han alcanzado los estándares de profesionalismo.

Y para responder a la pregunta ¿de qué elementos se dispone para alcanzar el grado de excelencia en el ejercicio de la medicina? debe responderse:

1. altruismo; esencia del profesionalismo;
2. responsabilidad; a niveles individual, profesional y social;
3. excelencia; búsqueda continua del conocimiento;
4. obligación; libre aceptación de un compromiso para servir;
5. honor e integridad; compromiso para cumplir con los códigos personales y profesionales, así como la negación a violarlos;
6. respeto para los otros; esencia del humanismo y elemento indispensable para la armonía entre los miembros que integran el equipo de salud.

En contraparte, los impedimentos para la adquisición de las competencias profesionales son:

1. *Abuso de poder*. La profesión médica ha gozado de un alto nivel de respeto, otorgando a los médicos un enorme poder sobre la sociedad. Lamentablemente, en las últimas décadas se ha utilizado este poder para alcanzar fines económicos y personales. Ante esta situación es necesario reforzar el hecho de que el médico debe buscar utilizar este poder sólo en pos del bien común.
2. *Arrogancia*. Comportamiento de superioridad ofensiva y de autoimportancia que implica soberbia, vanidad, insolencia y desdén. Cualquiera de ambas cualidades deviene comportamiento no profesional. Se debe tener conciencia de que la formación en medicina es larga, ardua y difícil, por lo que en ocasiones se pueden fomentar actitudes de arrogancia. La responsabilidad de frenar este comportamiento y de fomentar las cualidades humanísticas del profesional recae en los modelos educativos y en sus instituciones.
3. *Avaricia*. Es la circunstancia en la cual el dinero se vuelve el motor del profesionista. En esta situación el médico se olvida del comportamiento profesional y se desvía hacia las acciones que le producen mayor beneficio económico.
4. *Mentira y fraude*. En el contexto del comportamiento no profesional, se refieren al constante fallo intencional en decir la verdad, y el desvío de los recursos materiales para el propio beneficio. La mentira puede parecer que ocurre para conseguir el beneficio del propio paciente, pero en última instancia el hecho de mentir no lo es.
5. *Impedimento médico*. Alude al médico con problemas de consumo de psicotrópicos (alcohol u otros) o mentalmente discapacitado que es protegido por sus colegas y al que se le permite actuar “profesionalmente” con pacientes que desconocen su insana condición.
6. *Falta de conciencia*. Falla en el cumplimiento de las responsabilidades médicas; incompatible con la esencia del profesionalismo.

7. *Conflictos de interés*. Reconocimiento y evasión de aquellas situaciones en las cuales el interés del médico se pone sobre el del paciente (aceptación de regalos, referir pacientes a laboratorios donde el médico obtiene beneficio económico, utilización de servicios, colaboración con la industria farmacéutica y con las investigaciones clínicas, etc.) (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation y European Federation of Internal Medicine, 2002; Cruess, 2008).

Al efecto dice Isaías (Isaías López y López, 2005) que el médico comete abuso por concepto de una larga lista de situaciones (cuando defrauda económicamente a su paciente recomendándole un tratamiento costoso que no está indicado o prolongándolo en forma innecesaria con el propósito de beneficiarse económicamente del paciente; cuando el profesional no ha recibido formación y adiestramiento adecuados y la conducta explotadora pudiera parecerle totalmente natural y parte de una simple interacción que implica tanto impericia como dolo; cuando el médico, por sus propios problemas psicológicos —necesidades emocionales insatisfechas—, establece relaciones de interdependencia emocional íntima con el paciente; cuando en forma repetitiva y con diferentes pacientes el médico abusa de ellos utilizando en beneficio propio los sentimientos que se dan en el trato con el paciente).

Por ello, refiere Lazarus (Lazarus, 1993), el médico ha de estar siempre vigilante del impacto que su conducta tiene sobre los límites de la relación médico-paciente. El contexto profesional a menudo refiere múltiples conductas seductoras del paciente (que son así, se toman así o incluso se provocan) difíciles de rechazar (cuando éste ofrece boletos para un espectáculo, trabajo a un familiar, traer algo de un viaje, etcétera).

Otras las procura (cuando el médico recibe información del paciente en relación con el mercado de valores; cuando acepta invitaciones del paciente a desayunar, a comer, o para asistir a fiestas de la alta sociedad; cuando el médico le solicita al paciente información en alguna área en la que éste es experto; cuando el médico, como rutina, abraza o sostiene la mano del paciente; cuando el médico, regularmente, revela al paciente información acerca de su persona; cuando el profesional solicita o acepta dinero como contribución a proyectos de investigación o asistenciales, o cuando le vende al paciente boletos de rifas en beneficio de tales proyectos; cuando el médico obtiene del paciente precios especiales en restaurantes o por bienes o servicios que el paciente provee; cuando una sesión se lleva a cabo, sin justificación, fuera del lugar habitual, etcétera).

En consecuencia, se recomienda que el médico no se muestre ante el paciente haciéndole conocer su orientación política, social o religiosa, ya que cualquier contaminación que ocurra en ese sentido afectará la relación, especialmente en psicoterapia. Es importante que el paciente desarrolle una imagen del terapeuta

solamente con base en lo que se refiere a la relación profesional, pues se ha demostrado que cualquier contaminación de ese propósito original interfiere con el progreso del tratamiento (Rudy y Elam, 2001).

Todas estas posiciones son consistentes con el punto de vista hipocrático, que prevé que cualquier forma de asimetría (jerárquica, moral, etc.) en la relación atenta contra la ética (cuadro XXXIV. 4). Respecto del comportamiento ético profesional en la práctica de los médicos en formación, la ABIM (American Board of Internal Medicine, 2001) ha establecido que el comportamiento ético profesional esperado en los estudiantes debe incluir:

1. responsabilidad;
2. cualidades humanísticas;
3. identificación de sus impedimentos;
4. ética profesional.

La relevancia del profesionalismo en la formación médica se origina en la necesidad de desarrollar ampliamente los conocimientos y destrezas del estudiante en ciertas actitudes y valores que deben formar parte de un programa de estudios explícito y sistemático. Tradicionalmente el énfasis en la educación médica se otorgó a los conocimientos y destrezas; hoy, para la medicina del futuro, es vital centrar la atención en enseñar y evaluar aspectos de profesionalismo (Souza, 1986a).

Las competencias relacionadas con el profesionalismo sólo pueden ser establecidas a través del ejemplo de lo que el médico realiza día con día: enfrentar su responsabilidad ante el paciente y la comunidad. Las competencias con las que el médico sea capaz de interactuar y responder a la demanda diaria del paciente y sus familiares, así como de otros colegas y miembros del personal de atención a la salud, serán aquellas que sustenten su profesionalismo; por lo tanto, deben ser desarrolladas desde el inicio de la formación a través del rediseño de los métodos tradicionales de enseñanza-aprendizaje que garanticen que los nuevos profesionales reflejen y practiquen dichos valores (Van Luijk, 2000).

El objetivo de un currículo tal debe asegurar que los estudiantes desarrollen sus actitudes y comportamientos por la aplicación de métodos formales de enseñanza y modelos de ejecución respetados (Siengler, 1982), a partir de:

1. compromiso con la excelencia profesional y personal;
2. entusiasmo;
3. comunicación efectiva con pacientes, colegas, estudiantes, residentes y miembros del equipo educativo;
4. integridad;
5. competencia clínica;

6. altruismo;
7. respeto por la dignidad de pacientes, colegas y profesionales de la salud;
8. un estilo de vida congruente y equilibrado.

En cuanto al método de enseñanza, se propone en lo que respecta a pregrado:

1. conocimiento básico acerca de las profesiones y profesionalismo estructurado desde los niveles iniciales del currículo;
2. grupos de discusión que busquen aplicar este conocimiento utilizando casos problema simulados, demostrando el comportamiento profesional y no profesional;
3. actividades que promuevan el comportamiento profesional y humanista;
4. integrar la enseñanza práctica y clínica, enfatizando las actitudes profesionales/no profesionales;
5. autorregulación; el currículo tiene que integrar la disciplina entre colegas y debe incluir grupos de discusión sobre la revisión de la práctica de cada estudiante;
6. reforzamiento; el comportamiento profesional/no profesional se debe identificar y discutir en todos los niveles, destacando públicamente el comportamiento profesional, así como promover los proyectos independientes de profesionalismo;
7. evaluación; utilización de criterios uniformes en todos los años de enseñanza. La autoevaluación y la evaluación por parte de los compañeros es esencial.

Los citados elementos de la enseñanza del profesionalismo deben continuarse en el posgrado (Córdoba, 1989), haciendo énfasis en:

1. el material relacionado con la naturaleza del profesionalismo debe ser parte de la estructura de los programas de posgrado;
2. los temas referentes a profesionalismo deben incorporarse de manera regular en la práctica clínica y combinarse con la enseñanza de la ética;
3. los médicos en formación habrán de participar obligatoriamente en actividades autorregulatorias;
4. como parte de su responsabilidad profesional los médicos en formación deben participar en el proceso de enseñanza;
5. la evaluación del profesionalismo es intrínseca a su formación;
6. pueden utilizarse múltiples métodos de evaluación;
7. los temas relacionados con profesionalismo deben ser una parte de la formación académica formal e informal del médico.

En otras palabras, el médico debe desarrollar el arte de evaluar el conocimiento técnico para saber, y el humanitarismo para entender. La clave de

ello es practicar la profesión con interés, calma, flexibilidad, sin compromisos ajenos, con empatía y cultura. A la par, se precisa dominar las técnicas de obtención de datos (entrevistas, historia clínica, cuestionarios, etc.), la interpretación de datos (diagnóstico y diagnóstico diferencial), así como el tratamiento integral (trastorno primario y comórbidos).

Se ha demostrado que la mayoría de los errores de los médicos se producen más por torpeza que por inmoralidad, por lo que el conocimiento y la ética deben ir juntos. S. Jonson escribió: “La integridad sin conocimiento es débil e inútil y el conocimiento sin integridad es peligroso y temible”. Y como el médico debe respetar los derechos humanos, tiene que denunciar cualquier incumplimiento (Córdoba, 1989).

CUADRO XXXIV.4. *Carta de los derechos generales de médicos y pacientes*

Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza: el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como la decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten.

Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional: el médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que garanticen las medidas de seguridad e higiene que marca la ley, de conformidad con las características del servicio por otorgar.

Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional; es derecho del médico recibir del establecimiento donde presta sus servicios el apoyo de personal totalmente capacitado, así como el equipo, los instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio por otorgar.

Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica: el médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional: el médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud del paciente. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo y de los terceros pagadores.

Tener acceso a educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional: el médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión: el médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.

Asociarse para promover sus intereses profesionales: el médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios, con el fin de promover su desarrollo profesional y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

Salvaguardar su prestigio profesional: el médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso, a pretender el resarcimiento del daño causado. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

Percibir remuneración por los servicios prestados: el médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo con su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

Pacientes

Tener derecho a un tratamiento adecuado y respetuoso.

Obtener de su médico información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que pueda razonablemente comprender.

En caso de que no fuera recomendable proporcionar dichas informaciones al paciente, deben estar a disposición de alguien que lo represente.

Saber el nombre del médico responsable de la coordinación de su tratamiento.

Rehusar el tratamiento más allá de los límites permitidos por la ley, una vez que haya sido suficientemente informado sobre las consecuencias médicas de su comportamiento.

Exigir sigilo en relación con el programa de cuidados médicos. La discusión del caso, las consultas, los exámenes y el tratamiento son confidenciales y deben realizarse discretamente.

Las personas que no estén directamente relacionadas con el tratamiento necesitan contar con la autorización del paciente para poder estar presentes en él.

Conocer las normas y reglamentos del hospital que se apliquen a su comportamiento como paciente. Y considerar como un derecho inalienable de todo paciente:

Confiar en que todas las comunicaciones y registros relacionados con su caso se consideren confidenciales.

Obtener informaciones acerca de la existencia de cualquier relación profesional entre quienes lo tratan, sabiendo sus nombres.

Esperar que el hospital provea los mecanismos que le permitan informarse, sea por medio del médico o por un representante suyo, de las exigencias de

prosecución del tratamiento, luego de ser dado de alta.
Examinar y recibir explicaciones acerca de su cuenta hospitalaria, sin que importe para ello cuál sea la fuente de pago.
Esperar una razonable continuidad de los cuidados médicos.
Saber con anticipación los horarios de consulta.
Recibir de parte de su médico la necesaria información para poder dar su asentimiento consciente antes de iniciar cualquier régimen o tratamiento, excepto en caso de emergencia; dichas informaciones necesarias para el consentimiento lúcido deben incluir los riesgos médicos significativos allí implicados, como la probable duración de la incapacidad, o si existen alternativas médicas significativas para los cuidados o el tratamiento.
Esperar que dentro de su capacidad el hospital atienda las peticiones del servicio que sean razonables; el hospital debe proporcionar evaluación, servicios y/o transferencia, según la urgencia que presente el caso.
En la medida de lo posible, un paciente sólo debe ser trasladado a otro establecimiento después de haber sido informado amplia y detalladamente sobre la necesidad y alternativas de dicha transferencia. La institución a la cual ha de ser trasladado el paciente ha de manifestar previamente su aceptación de tal transferencia.
Obtener informaciones sobre cualquier relación entre su hospital y las demás instituciones de asistencia médica o educativa, en lo que tiene que ver con su tratamiento.
Debe ser advertido convenientemente sobre si el hospital pretende comprometerse en experiencias humanas que afectan a sus cuidados o tratamiento.
Atención religiosa.
Rehusarse a participar en determinados proyectos de investigación.

FUENTE: Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Conamed, Carta de los derechos de los médicos, 4 de abril, México, 2002.

En México (2002) se creó un código nacional de bioética para el profesional de la salud (Frenk, 2002) sobre la base de que ésta representa un movimiento universal de responsabilidad profesional y su concepción ética global es de incumbencia para todos los seres humanos. Dicho código, integrado por ocho capítulos, retoma el espíritu de los códigos de Nuremberg y las declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, así como las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica en que se basan las recomendaciones de la OMS, OPS y UNESCO, congruentes con la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948), referentes al establecimiento de guías o códigos nacionales de conducta ética y otras reflexiones deontológicas. Los capítulos referidos son:

1. principios básicos;
2. conducta bioética en la prestación de servicios de salud;
3. el enfermo como centro de interés de la bioética;
4. potestades bioéticas del profesional de la salud;
5. responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes;
6. relaciones interpersonales del equipo de salud;
7. bioética en la investigación en salud, y
8. temas bioéticos específicos.

La relevancia del profesionalismo en la formación médica radica, así, en que estos valores deben ser parte integral del médico como persona y como profesional, para que pueda brindar de la mejor manera posible el servicio que la comunidad le demanda, anteponiendo los intereses de la sociedad ante los propios y actuando por los principios de beneficencia y no maleficencia (Laín Entralgo, 1981).

Por eso, tratándose de "medicina prepagada", la que tiene por meta brindar atención médica oportuna y adecuada, sin diferencias por niveles socioeconómicos, muestra, no obstante, que las modalidades empleadas tienen elementos estructurales que las hacen caer en actitudes reñidas con los principios éticos de la atención médica (ACP, 1989; ACO&G, 1989), convertirse en intermediarias entre el médico y el paciente, desviando la acción médica, que no tiene entonces como primer interés el bienestar pleno de éste sino la ganancia económica. La dignidad de la persona humana puesta en el paciente hace que el médico pase a segundo plano, y se cuida más el ingreso comercial o el "coto político", en el cual, en ocasiones, el profesional se vincula por sus ideas políticas y no por su idoneidad académica y ética. Tanto el médico como el paciente sufren una restricción de su libertad, y por lo tanto de su dignidad, a causa de las normas arbitrarias que fijan las instituciones privadas de la medicina prepagada. Por la despersonalización de ambos, convertidos frecuentemente en "códigos"; por el incumplimiento de los compromisos con los usuarios; por la violación del sigilo profesional en una y otra, al dejar las historias expuestas a la libre interpretación del paciente o de personas no vinculadas éticamente con dicho sigilo.

En la medicina prepagada privada tanto el paciente como el médico se convierten en fuentes de ingresos, y en la estatal, al menos el médico, en factor de explotación política. Afirma Naranjo (Naranjo, 1991) que con este tipo de medicina se pretende que todas las personas tengan la posibilidad de atención médica adecuada, oportuna e igualitaria; pero su estructuración contradice este ideal y lo convierte en simple lema de promoción comercial. No es cierto ni posible que con la medicina prepagada actual ni con el sistema de medicina socializada vigente se corrijan las injusticias de la medicina privada.

Obsérvese cómo, refiere Córdoba (Córdoba, 1989), pese a que el dato estadístico exprese una alta frecuencia en una comunidad al realizarse acciones o mostrarse actitudes de acuerdo con valores positivos/negativos, dicha apreciación numérica, sin embargo, no cambia lo negativo en positivo. Por ejemplo, si en una comunidad se aceptan valores negativos, éstos no dejarán de serlo, ni cuando en dicha sociedad se pierda el respeto por la vida y se eleve el porcentaje de homicidios, éstos dejarán de ser un crimen. Frente a este panorama la salud *per se* carece de sentido y sólo lo adquiere porque contribuya, como lo hace en mayor o menor grado, a la realización humana de la persona que la disfruta.

Por otra parte, el médico debe comprender y saber que es un ser falible y por lo tanto sujeto a errores. Como humano se plantea el dilema de que lo bueno y lo malo a veces es asunto subjetivo, lo cual debe impelerlo a hacer las mejores interpretaciones, y tal sentido debe ser justo. Si bien en el ámbito profesional médico se tienen presentes las nociones en relación con la transgresión ética y al daño que produce, los conceptos apenas empiezan a formalizarse en los estatutos de las diferentes sociedades y asociaciones. La ética en la praxis médica es intrínseca a su quehacer e implica mantener un ejercicio constante de la conciencia y elevada calidad moral.

Por eso sostenemos que hoy en día, además de los programas formales establecidos para la enseñanza científica, deben implementarse nuevos programas con énfasis explícito en el *profesionalismo* (Dunn, Gallagher, Hodges, Prendergast, Rubenfeld y Tolle, 1994).

RESUMEN

El carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente, destinado al logro de ciertos fines específicos de la medicina, hace que los médicos y el personal de salud en general identifiquen en su quehacer una dimensión moral, que a lo largo de la historia ha permitido establecer diversos códigos morales.

No obstante, aún persiste la visión abstracta, descontextualizada y ahistórica de médicos y enfermos y del ejercicio de la medicina que permanece en muchas ocasiones alejado de la ética, que no repara en la naturaleza plural que ha tenido la sociedad, ni en las cambiantes condiciones en que se ha ejercido la medicina, los recursos médicos y la percepción de la enfermedad modificadas a lo largo de la historia humana.

La persona humana posee estructuralmente, en forma esencial, una dignidad absoluta, no como algo agregado a lo que pueda renunciar o de lo que se pueda despojar, sino como algo inherente a su estructura.

La bioética enseña a analizar metodológica y racionalmente los conflictos de valores que pueden darse en su ejercicio. Se trata de un sistema de principios que

rigen la conducta profesional del médico, lo cual implica que la práctica de la medicina exige una elevada calidad moral para realizar con éxito todas las dimensiones de su ejercer: *a)* la relación médico-paciente; *b)* médico-médico; *c)* médico-sociedad; *d)* médico-ambiente y docencia en salud.

La relevancia del profesionalismo en la formación médica radica en que estos valores deben ser parte integral del médico como persona y como profesional, para que pueda brindar de la mejor manera posible el servicio que la comunidad le demanda, anteponiendo los intereses de la sociedad a los propios y actuando por los principios de beneficencia y no maleficencia. Por eso, por lo que se refiere a la "medicina prepagada", la que tiene por meta brindar atención médica oportuna y adecuada, sin diferencias de nivel socioeconómico, se observa, no obstante, que las modalidades empleadas tienen elementos estructurales que las hacen caer en actitudes reñidas con los principios éticos de la atención médica: convertirse en intermediarias entre el médico y el paciente, desviando la acción médica, que no tiene entonces como primer interés el bienestar pleno del segundo sino la ganancia económica.

En la medicina prepagada privada tanto el paciente como el médico se convierten en fuentes de ingresos, y en la pública, al menos el médico se vuelve factor de explotación política. Con este tipo de medicina se pretende que todas las personas tengan la posibilidad de obtener atención médica adecuada, oportuna e igualitaria; pero su estructuración contradice este ideal y lo convierte en simple lema de promoción comercial. No es cierto ni posible que con la medicina prepagada actual ni con el sistema de medicina socializada vigente se corrijan las injusticias de la medicina privada.

La ética en la praxis médica es intrínseca a su quehacer e implica mantener un ejercicio constante de la conciencia y de una elevada calidad moral. Por eso sostenemos que hoy en día, además de los programas formales establecidos para la enseñanza científica, deben implementarse nuevos programas que hagan hincapié en el profesionalismo.

* Modificado de M. Souza y M. D. L. Cruz, "Ética médica y competencias profesionales en la formación del médico", *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM,* vol. 51, núm. 3, mayo-junio de 2008, pp. 112-119.

XXXV. CONSIDERACIONES SOBRE REHABILITACIÓN

Es más costoso desatender la discapacidad que sufragar las acciones más caras de la rehabilitación.

OMS, 2009

LA REHABILITACIÓN es la cúspide de todo el manejo brindado a los pacientes a causa de sus trastornos, sin el cual se desmoronaría el esfuerzo alcanzado. Ello es particularmente cierto en los problemas derivados del consumo de psicotrópicos, cuya dependencia —a menudo múltiple— hace imprescindible la meta de alcanzar y mantener la abstinencia productiva dentro del marco de un programa de prevención de recaídas. Por lo tanto, el objetivo rehabilitatorio es ayudar a las personas con tales trastornos y su comorbilidad habitual a desarrollar las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad posible de apoyo por parte de los profesionales de las distintas áreas. De ahí se deriva que la filosofía básica de la rehabilitación se fundamente esencialmente en dos estrategias de intervención.

La primera se centra en el individuo y tiene como objetivo conseguir que el paciente desarrolle las habilidades necesarias para su interacción en un entorno estresante. La segunda, de carácter ecológico, persigue el desarrollo de los recursos ambientales necesarios para reducir los potenciales factores estresantes que impactan a los seres humanos. Dada la situación de las personas afectadas mental y/o físicamente (discapacitadas), a menudo se requiere la combinación de ambos abordajes.

El desarrollo de la rehabilitación de los trastornos mentales ha alcanzado un nivel tal que debería ser fácilmente accesible para cualquier persona discapacitada (Rossler, 2006). No obstante, la realidad es muy distinta de los requerimientos sociales en esta circunstancia. En psiquiatría, en salud mental en general y en el campo de las adicciones en particular, quienes requieren acciones rehabilitatorias son precisamente aquellos pacientes que sufren trastornos más graves, crónicos y complicados (Cohen y Farkas, 2002).

Aunque la rehabilitación en este campo en general no rechaza la existencia del impacto causado por la enfermedad (mental) adictiva y su comorbilidad, las prácticas de rehabilitación han modificado la percepción de este tipo de enfermedad. La capacitación de las personas que sufren estos trastornos graves, crónicos, y que hacen complicado llevar a cabo una vida normal en la comunidad, ha dado lugar a un desplazamiento del objetivo básico, desde un modelo centrado en la enfermedad antaño habilitado, que persiste aún en la actualidad —más en unos campos médicos que en otros—, hacia un modelo más realista centrado en la discapacidad funcional (Grove, 1994).

En consecuencia, se hace relevante la presencia de otros parámetros de evolución, distintos de los indicadores del estado clínico. En particular entre los individuos con discapacidad mental primaria, o derivada de otras patologías no cerebrales que viven en la comunidad, adquiere un interés especial el desempeño (funcional) del papel social, incluyendo las relaciones sociales, laborales e incluso el ocio habitualmente no planeado, y de manera más importante la calidad de vida y la carga soportada por la familia del paciente. Las consecuencias que traen a largo plazo los trastornos mentales más graves podrían describirse a través de distintas referentes de evaluación.

Al efecto, una de las herramientas de mayor utilidad es la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIFDS) propuesta inicialmente por la Organización Mundial de la Salud en 1980 (WHO, 1980) y revisada recientemente. Sustituye las descripciones negativas de los cuadros de deficiencia, discapacidad e incapacidad por descripciones neutras de las estructuras y funciones corporales. De este modo la CIFDS resulta una herramienta útil para abordar, a efecto de comprender, de manera global, la enfermedad mental crónica —tal como ocurre en las adicciones— en todas sus dimensiones: los aspectos biológicos (alteraciones corporales estructurales y funcionales), los psicológicos (limitaciones personales de la actividad), y desde luego los sociales (restricciones en la participación social).

Cada una de estas dimensiones presenta fundamentos teóricos sobre los que es posible la formulación de una intervención de carácter rehabilitatorio. A la luz de este conocimiento, las intervenciones pueden clasificarse como rehabilitatorias en los casos en los que se dirigen primordialmente a la mejora funcional del individuo afectado. Así, la naturaleza de una intervención se define por el objetivo que pretende alcanzar, por el reconocimiento de la importancia de los factores ambientales para facilitar el funcionamiento de las personas que sufren cuadros de discapacidad transitoria o permanente para crear barreras al funcionamiento. Los factores ambientales interactúan con determinado estado de salud, creando o aumentando, incluso, la discapacidad existente, o restableciendo el funcionamiento, según el factor ambiental considerado sea un elemento facilitador o una barrera.

Otros grupos de pacientes que presentan cuadros psicóticos y no psicóticos, que también han de ser abordados por la rehabilitación psiquiátrica, son aquellos en los que la concomitancia clínica de una comorbilidad en especial los vuelve más graves. Asimismo, tienen cabida los pacientes abusadores adictos con síntomas persistentes, acusada inestabilidad —caracterizada por recidivas frecuentes—, y falta de adaptación social (Royal College of Psychiatrists, 1996).

A pesar de que la mayoría de las personas que sufren una enfermedad mental crónica son consideradas del tipo de los trastornos psicóticos (del grupo de la esquizofrenia), se incluyen todos los enfermos mentales crónicos, debido a que comparten ciertos elementos:

1. el diagnóstico de enfermedad mental;
2. la duración prolongada;
3. la incapacidad para el desempeño de actividades productivas.

Cabe señalar de modo enfático que hasta 50% de las personas con enfermedad mental grave reúnen los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (Cuff el, 1996). Entre ellos, los denominados pacientes crónicos adultos jóvenes constituyen una categoría que presenta grandes dificultades diagnósticas (Schwartz, Goldfinger y Ratener, 1983).

Estos pacientes muestran patrones complejos de síntomas, difíciles de categorizar dentro de los actuales sistemas de diagnóstico y clasificación CIE-10 y DSMIV-TR. Muchos tienen también antecedentes de intento de suicidio debido a que subyacen trastornos simultáneos del estado anímico —de severidad variable —, responsables de tales intentos; en conjunto, constituyen el grupo de pacientes de tratamiento más complicado.

El punto de partida para el desarrollo de una consideración adecuada de la rehabilitación y sus alcances es la aceptación de que ésta se dirige esencialmente a una persona individual en el contexto de su ambiente específico. Por lo tanto, la rehabilitación mental debe realizarse regularmente en condiciones de vida real. Así, los profesionales de la salud han de tener en cuenta las circunstancias vitales reales a las que posiblemente se enfrentará en su vida cotidiana la persona afectada (Anthony, Cohen y Farkas, 2002).

Un segundo paso necesario es ayudar a los pacientes a identificar sus objetivos personales, ya que no se trata de que esas personas elaboren, simplemente, una lista de sus necesidades, las cuales a menudo no pueden satisfacerse. Se trata, en todo caso, de que las entrevistas motivacionales representan un abordaje más sofisticado, que se propone definir los costos y beneficios personales asociados con las necesidades previamente identificadas (Corrigan, McCracken y Holmes, 2001). Esta etapa también implica *a fortiori* la evaluación de la disposición del individuo al cambio y el reconocimiento de la

etapa de cambio en la que se encuentra, para facilitar su participación (Rogers, Martin, Anthony *et al.,* 2001; Liberman, Wallace y Hassell, 2004).

Más adelante, en el desarrollo de la siguiente etapa, el proceso de planificación de la rehabilitación se centra en las zonas fuertes del paciente. Amén de la gravedad de los síntomas de un paciente determinado, el personal de salud debe trabajar con "los aspectos sanos del yo", debido a que, por fortuna, siempre existe una porción intacta del yo hacia la cual se pueden dirigir los esfuerzos terapéuticos y rehabilitatorios (Lamb, 1982).

Todo ello conduce a un concepto estrechamente relacionado: el objetivo de restablecer la esperanza en personas que sufren una alteración significativa en su autoestima a consecuencia de su enfermedad primaria y las complicaciones y concomitancias de tales padecimientos, como ocurre a menudo en la patología adictiva. De hecho, la esperanza surge tras aprender y aceptar la realidad de que se padece una enfermedad y se sufren limitaciones a consecuencia de ello, y tras aprender a actuar en función de tales características. Sin embargo, la rehabilitación que puede ser dirigida no puede ser impuesta. Se centra en la consideración del paciente como individuo cuyos derechos deben ser respetados, y en colocar el énfasis en la autodeterminación personal y en su responsabilidad con respecto a todos los aspectos del proceso terapéutico y rehabilitatorio. Estos valores están incorporados en el concepto de recuperación (Farkas, Cagne y Anthony, 2005).

Se considera que la alianza terapéutica desempeña un papel clave para conseguir que el paciente participe en la planificación de su propia asistencia. Deviene esencial, por lo tanto, que el paciente confíe en los conocimientos y en la responsabilidad de su terapeuta o del equipo que lo atiende (Tuttman, 1997), teniendo en cuenta que las personas con enfermedades crónicas y discapacidades pierden sus relaciones íntimas y estables con otras personas en el curso de su enfermedad (Barbato, Monzany y Schiavi, 2004) e incluso antes, mientras se desencadena la fisiopatología que induce el trastorno. Investigaciones recientes sugieren que el apoyo social se asocia de manera positiva con la recuperación de las enfermedades crónicas, con más satisfacción vital y con la potenciación de la capacidad para superar los factores estresantes vitales (Rogers, Anthony y Lyass, 2004), todo lo cual da cuerpo y esperanza a las labores rehabilitatorias. Algunos autores refieren que el factor más destacado para potenciar la recuperación es el apoyo al paciente por parte de las personas de su entorno (Corrigan, Slopen y Gracia, 2005). Así, la rehabilitación es en esencia un ejercicio de construcción de redes sociales (Cutler, 1985). Finalmente, las personas que sufren trastornos mentales y sus cuidadores prefieren considerarse como consumidores de los servicios de salud mental o adicciones, con un interés activo en el aprendizaje de todo lo relativo a los trastornos mentales y a la selección de los abordajes terapéuticos correspondientes.

En tal sentido, un abordaje de defensa de los pacientes usuarios de sustancias adictivas permite la adopción de la perspectiva de las personas afectadas y la consideración seria de las acciones que pueden ser más benéficas para ellas (Brown, Brown y Sharma, 2005). En este contexto, los médicos generales y especialistas, así como el resto del personal de salud involucrado, deben reconocer que el desacuerdo entre ellos y los pacientes en cuanto a la enfermedad, manifestaciones clínicas, comportamiento y adhesión terapéutica, etc., no siempre es resultado del proceso patológico *per se* (Bebbington, 1995).

Como regla general, las personas que sufren cuadros de discapacidad mental tienden a manifestar en su grupo social o cultural las mismas aspiraciones vitales que las personas que no los presentan (Onken, Dumont y Ridgeway, s. f.). Quieren ser individuos autónomos y respetados, y desean llevar adelante una vida lo más normal posible. De modo que se observan entre sus prioridades:

1. poseer su propia vivienda;
2. conseguir un nivel educativo adecuado y un trabajo o una carrera profesional significativos;
3. mantener relaciones sociales y personales satisfactorias;
4. participar en la vida comunitaria como individuos en su pleno derecho.

Las reformas psiquiátricas, iniciadas a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, tuvieron como objetivo reinstaurar en el contexto comunitario a los pacientes mentales crónicos que hasta el momento habían permanecido internados en grandes hospitales psiquiátricos. Uno de los primeros pasos en este proceso de desinstitucionalización fue la provisión de viviendas de acogida en la comunidad a los pacientes con enfermedades crónicas que procedían de las antiguas residencias psiquiátricas.

La mayoría de los pacientes que sufren enfermedades mentales crónicas pueden abandonar sin problemas los hospitales psiquiátricos y residir en el contexto comunitario. Idealmente, debería ofrecerse un espectro continuo de opciones de residencia*:* desde los hogares de acogida tutelados que se mantienen abiertos 24 horas al día, hasta departamentos de acogida menos tutelados y más independientes, que facilitan por último el paso de sus residentes a viviendas completamente independientes en la comunidad (Ridway y Zipple, 1990).

Paralelamente, las críticas a este abordaje conceptual han señalado:

1. que hasta el momento es muy raro encontrar en una comunidad un espectro de opciones de alojamiento con estas características;
2. este espectro no aborda las necesidades variables y fluctuantes de las personas que sufren enfermedades mentales graves;
3. tampoco se contemplan las preferencias y decisiones del individuo.

En consecuencia, los hogares protegidos (viviendas independientes con servicios de protección o apoyo) (Carling, 1992) se introdujeron en el decenio de 1980 como una alternativa a las opciones planteadas por este espectro. Los hogares protegidos ofrecen servicios flexibles e individualizados en función de las demandas individuales. Mientras tanto, las investigaciones sobre rehabilitación han podido demostrar que las viviendas protegidas constituyen un objetivo realista para la mayoría de las personas con discapacidades psiquiátricas (Rod, 2004). Una vez en la vivienda protegida, la mayor parte de los pacientes permanecen, por lo que tienen menos posibilidades de ser hospitalizados. Hay otras propuestas que no han dado resultados aceptables (Rog, 2004).

Los efectos benéficos del trabajo sobre la salud mental son conocidos desde hace siglos (Wallace y Liberman, 2004). La rehabilitación laboral, que ha constituido un elemento clave de la rehabilitación de los pacientes mentales desde sus inicios, tuvo sus orígenes en las instituciones psiquiátricas, donde la falta de actividad y de estimulación daba lugar a cuadros de apatía y retraimiento en los pacientes internados. Se fundamenta en el presupuesto de que el trabajo no solamente mejora la actividad, los contactos sociales, etc., sino que también produce beneficios en áreas personales relacionadas, como la autoestima y la calidad de vida, dado que el trabajo y la conservación de un empleo representan un avance desde las situaciones de dependencia hacia las de integración en la sociedad. A su vez, el incremento de la autoestima —y esto es muy importante— mejora el cumplimiento de la rehabilitación por parte de los individuos con deficiencias de comprensión u otras (McElroy, 1987). Mucho tiempo antes de la introducción de la medicación, la terapia ocupacional y la terapia laboral contribuyeron a una mejoría sostenible en los pacientes atendidos en instituciones para enfermos crónicos. Hoy en día la terapéutica laboral y ocupacional ya no se realiza en los hospitales, pero representa el punto de partida para la aplicación de una amplia gama de técnicas rehabilitatorias dirigidas hacia la enseñanza de habilidades laborales (Royal College of Psychiatrists, 1996). De hecho, los programas de rehabilitación laboral aplicados en el contexto comunitario ofrecen una serie de pasos graduales para el ingreso o reingreso al mundo laboral.

En el caso de las personas con menor grado de discapacidad, se utilizan técnicas breves y centradas en objetivos concretos para enseñarles a encontrar trabajo, elaborar solicitudes de empleo y asistir a entrevistas de trabajo (Jacobs, Kardashian y Kreibring, 1988). En cuanto a los empleos de transición, se intenta que estos contextos de trabajo temporal brinden la oportunidad de aprender habilidades laborales que permitan al paciente avanzar en el logro de un empleo competitivo. Sin embargo, con demasiada frecuencia la brecha existente entre el empleo de transición y el empleo competitivo es tan amplia que los pacientes se mantienen en un entorno laboral de carácter temporal. Los talleres protegidos,

por su parte, que ofrecen formación prelaboral, constituyen asimismo un callejón sin salida para muchos pacientes mentales.

Una consecuencia de las dificultades que conlleva la integración de los individuos afectados mentalmente en el mercado laboral convencional ha sido el crecimiento constante del dinero de cooperativas que mantienen trabajando conjuntamente a personas discapacitadas y no discapacitadas, en términos de igualdad y de gestión compartida. De ahí que sea tan necesaria la participación de los profesionales de la salud mental, toda vez que éstos desempeñan en estos casos un importante papel, suministrando apoyo y experiencia (Grove, 1994). De hecho, la función del psiquiatra es conseguir una curación fisiológica y psíquica; él es el único profesional que ha sido formado en ambas áreas y que posee competencia en ellas, de manera que puede ofrecer la combinación necesaria de abordajes terapéuticos para conseguir el efecto benéfico máximo al paciente.

Por otra parte, en la actualidad el modelo de rehabilitación laboral más promisorio es el del empleo protegido o subvencionado, donde los pacientes son colocados lo antes posible en un puesto de trabajo competitivo adaptado a sus preferencias y reciben todo el apoyo necesario para mantenerlo (Wallace, 1998; Bond, 2004) de manera indefinida. La participación en programas de empleo protegido ha dado lugar a un incremento de la capacidad para encontrar y mantener un empleo (Baronet y Gerber, 1998; Cook, Lehman, Drake *et al.*, 2005). También se han observado vínculos entre el desempeño en un puesto de trabajo y la mejoría en parámetros aparentemente no relacionados con lo laboral, como la autoestima, la integración social, las relaciones interpersonales y el control del abuso de sustancias (Bond, 2004; Farkas, Sullivan, Soydan y Gagne, 2000; Salyers, Becker y Drake, 2004). Además, se ha demostrado que las personas que conservan un trabajo estable por medio de un programa con tales características muestran un incremento de su capacidad cognitiva y de su calidad de vida, así como un mayor control de los síntomas (Bond, 2004; Salyers, Becker y Drake, 2004), lo cual, en el caso de los pacientes abusadores/adictos, les permite mantenerse abstinentes. No obstante, en la actualidad no se sabe exactamente qué personas pueden beneficiarse de un modelo de estas características y cuáles no (Mueser, Bond y Drake, 1998). Después de todo, es necesario reconocer que la integración en el mercado laboral no depende clínicamente de la capacidad de las personas afectadas para desempeñar un papel laboral, ni de la provisión de una formación laboral sofisticada que aplique técnicas de apoyo, sino también, y en buena medida, de la voluntad de la sociedad para integrar a sus miembros más discapacitados. Los resultados obtenidos derivados de programas de formación de habilidades indican que las personas con problemas graves de salud psicofísica pueden aprender una amplia gama de habilidades sociales.

Las actividades sociales y comunitarias mejoran cuando las habilidades aprendidas son pertinentes para la vida cotidiana del paciente, y cuando el

ambiente que rodea a éste percibe y refuerza la modificación de su comportamiento. A diferencia de lo que ocurre con los efectos medicamentosos, los beneficios de la formación en habilidades aparecen lentamente. Además, para que se produzcan efectos positivos es necesaria la formación a largo plazo (Bellack, 2004). En conjunto, se ha demostrado que la formación en habilidades sociales es eficaz para la adquisición y el mantenimiento de estas habilidades, así como para su aplicación en la vida comunitaria (Libennan y Kolelowicz, 2002; Cohen, Forbess y Farkas, 2000; Farkas, 2006). A consecuencia de la desinstitucionalización, la carga asistencial se ha desplazado con una frecuencia e intensidad cada vez mayores hacia los familiares de los enfermos mentales. Los cuidados de carácter informal contribuyen en forma significativa a la mejora del estado de salud y de la rehabilitación (Schulze y Rossler, 2005).

Se estima que entre 50 y 90% de los pacientes discapacitados vive con su familia tras recibir tratamiento psiquiátrico en la fase aguda (Shern, Tsembaris y Anthony, 2000). Sin embargo, ésta es una tarea que muchas familias no llevan a cabo de manera voluntaria. El cuidado de quienes tienen discapacidad mental representa una carga significativa. Las personas que ofrecen cuidados de carácter informal se enfrentan a considerables efectos adversos sobre su propia salud, como un grado elevado de estrés y depresión, y disminución de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia (Hirst, 2005). Además, no todas las familias tienen la misma capacidad para cuidar a los pacientes mentales, ni poseen la voluntad necesaria para sustituir a los sistemas asistenciales insuficientes.

Los cuidadores, por su parte, experimentan regularmente una carga considerable cuando sus recursos de superación son escasos y el apoyo social reducido. Sin embargo, las familias son sistemas de apoyo que constituyen el ámbito natural para el importante aprendizaje dependiente del contexto que permita la recuperación de la actividad de los pacientes (Farkas, Gagne y Anthony, 2005). Así, desde el inicio de las reformas asistenciales ha habido un interés creciente por la ayuda a las familias afectadas (Wallace y Liberman, 1996). Una de las áreas de interés está constituida por las expectativas de los familiares respecto a la provisión de la asistencia. Con mucha frecuencia los parientes se sienten ignorados, despreciados e insuficientemente informados por parte de los profesionales.

También pueden sentir que su contribución a la asistencia no es apreciada y que serán acusados de cualquier problema relacionado con el paciente. Teniendo en cuenta las cargas físicas, económicas y emocionales que soporta la familia, no es sorprendente que entre los familiares de los pacientes se observe un elevado grado de frustración y de resentimiento. Los programas de intervención familiar han producido resultados promisorios. La intervención familiar es eficaz para reducir el índice de recidiva y mejora los indicadores de evolución, como ocurre en el funcionamiento psicosocial (Kopelowicz, Wallace y Zárate, 1998).

Posiblemente las intervenciones familiares pueden reducir la carga que soportan las familias. Además, los avances conseguidos con el tratamiento son bastante estables (Pilling, Bebbington y Kuipers, 2002). Como profesionales de la salud, los psiquiatras se enfrentan a menudo a los efectos negativos del estigma y la discriminación en la vida de quienes sufren trastornos (mentales) adictivos, en especial si son graves. Se han realizado numerosos estudios para evaluar las actitudes de estigmatización contra las personas con enfermedad mental (Jorm, 2000; Lauber, Nordt y Falcato, 2001; Reger, Wong-McDonald y Liberman, 2003). Durante los últimos años también se ha incrementado el interés científico por la perspectiva de los individuos que han sido estigmatizados.

Se han documentado, por ejemplo, las consecuencias negativas del estigma y de la estigmatización percibida, entre ellas la desmoralización, la disminución de la calidad de vida, la falta de trabajo y la reducción de las redes sociales (Lauber, Nordt y Falcato, 2004; Rosenfield, 1997; Graf, Lauber y Nordt, 2004). Una vez que se aplica la etiqueta de "enfermo mental", y en su caso "adicto", los pacientes involuntariamente asumen los estereotipos negativos. El individuo afectado espera ser rechazado, despreciado o discriminado. Este círculo vicioso disminuye las posibilidades de recuperación y de mantenimiento de una vida normal. Por otra parte, los pacientes que están adecuadamente integrados muestran resultados mejores tanto en sus síntomas psicopatológicos como en su calidad de vida (Becker, Leese y Clarkson, 1998). La importancia de la integración social es incluso más evidente si consideramos la disponibilidad subjetiva de apoyo: el apoyo social percibido es un factor predictivo de la evolución en términos de recuperación de los episodios agudos de enfermedad mental, de integración en la comunidad (Hall y Nelson, 1996) y de calidad de vida (Yanos, Rosenfield y Horwitz, 2001; Lehman, Goldber y Dixon, 2002).

Para luchar contra el estigma y la discriminación que sufren los pacientes mentales se han diseñado varias estrategias fundamentadas en la investigación exhaustiva que se ha llevado a cabo durante los últimos años (Rusch, Angermeyer y Corrigan, 2005). Los diferentes centros de investigación han desarrollado diversas formas de intervención dirigidas hacia grupos específicos, a efecto de eliminar el estigma (Torrey, Mueser y McHugo, 2000; Pinfold, Huxley y Thomicroft, 2003). Con mucha frecuencia las personas que mantienen contacto con individuos mentalmente enfermos muestran una actitud más positiva. El contacto con las personas que sufren una enfermedad mental también reduce la distancia social (Lauber, Nordt y Falcato, 2004), lo que representa un sólido argumento a favor de las acciones comunitarias de la especialidad.

Otras iniciativas han abordado el estigma a través de programas más exhaustivos. La rehabilitación eficaz requiere un tratamiento individualizado y especializado, aplicado en el contexto de un sistema global y coordinado de

servicios rehabilitatorios. Sin embargo, incluso en las situaciones en las que se puede disponer de una cierta variedad de servicios, en muchos casos éstos están deficientemente relacionados entre sí, y se puede producir una innecesaria duplicación de los costos. Los elementos clave de este modelo son la valoración de las necesidades del paciente, el desarrollo de planes globales de servicio para los pacientes y la estructuración de la provisión de los servicios asistenciales (Rossler, Lomelí y Fatkenheuer, 1992).

El tratamiento y la rehabilitación con usuarios de sustancias reproducen en su interior la misma situación de desacuerdos conceptuales y su consecuente variedad de planteamientos metodológicos acerca de la rehabilitación. La patología adictiva se ha definido como una condición de vulnerabilidad innata o adquirida, un problema de disfunción bioquímica cerebral, una enfermedad, un síntoma, resultado de una interacción patológica familiar o un problema de comportamiento antisocial, entre otros. Ello hace, entre otras cosas, que los objetivos, metas y aproximaciones metodológicas difieran entre sí. Las posturas que enfatizan la adicción como disfunción cerebral tienen por objetivo revertir o compensar dicha disfunción a través de la medicación o de tratamientos conductuales. Las que la conciben como enfermedad persiguen un propósito terapéutico: disminuir o suprimir el consumo de sustancias, ya sea mediante la psicoterapia o por el remplazo de una sustancia por otra. Los modelos derivados de sendas posturas marcan la necesidad de establecer acciones diferenciadas en cuanto al tratamiento y la rehabilitación, pero no le otorgan igual nivel de importancia, ni la integración debida.

Los grupos profesionales, en general, dan mayor importancia a las acciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas en menoscabo de las rehabilitatorias. De modo que en muchos de los casos donde se intentaba la reintegración a una actividad laboral o escolar se observó que no podían lograrlo de manera automática, puesto que su foco de atención sólo se centraba en los síntomas o la conducta problemática, excluyendo el desarrollo mínimo de habilidades para que pudieran enfrentar las exigencias de su contexto laboral o comunitario, por lo que no tardaba en reaparecer el consumo de sustancias, de suyo reiterativo.

En cambio, los modelos que comparten esta misma concepción también reconocen la participación que tienen los factores conductuales y sociales en ella. “El trastorno cerebral subyacente no es el único factor que debe ser tratado, sino que además se deben enfatizar los componentes conductuales y sociales desencadenantes.” Los modelos que consideran a la adicción como síntoma tienen por objetivo tratar la patología que sustenta la conducta adictiva, sea en el sujeto o en una familia, asumiendo que los logros terapéuticos, como cambios individuales o familiares, permiten la reintegración de habilidades y la reinserción social.

Asimismo, el marco que le da más importancia a las conductas problemáticas asociadas que al abuso de sustancias considera que la rehabilitación está

implícita en sus intervenciones terapéuticas. Se establece como meta que el individuo desaprenda la conducta adictiva en una situación concreta asociada, remplazándola con otro comportamiento (Souza y Cruz, 2008).

A lo largo de la historia del tratamiento de la patología adictiva los modelos de tratamiento y rehabilitación de personas consumidoras de sustancias que han tenido un buen nivel de éxito incluyen a la comunidad terapéutica, derivada de proyectos como Synanon, Daytop y Phoenix House, establecidos en los Estados Unidos a finales de los años sesenta.

El aspecto controversial de este modelo en sus inicios consistió en que daba poco reconocimiento al mundo externo de los pacientes, lo que condujo al desarrollo de una amplia gama de proyectos residenciales mixtos. En la actualidad el paciente puede salir a un empleo y continuar asistiendo a la comunidad terapéutica por la tarde o en los fines de semana, a modo de casa de medio camino. A partir de estas experiencias se generaron otras tendencias en busca de ambientes con características menos residenciales, instalaciones más cercanas a su medio natural y, sobre todo, estrategias de atención combinadas.

Dichas tendencias impulsaron, con su novedad y eficacia, el desarrollo de programas comunitarios ambulatorios (consulta externa), los que hoy de hecho se prefieren en la mayor parte de los países del mundo por su efectividad y costo relativamente bajo, si se lo compara con los costos derivados del internamiento de los pacientes, en especial los más graves y complicados. Tales programas ofrecen a los pacientes un marco combinado de estrategias terapéuticas que van desde la terapia individual, grupal, familiar y farmacoterapia, hasta el entrenamiento específico de capacidades y mecanismos de apoyo en la resolución de problemas psicosociales asociados o no con el consumo de psicotrópicos.

En estos programas se estimula a los pacientes para que participen con otras instituciones o grupos de la comunidad. Su concepto se basa en considerar que el medio social es otro elemento terapéutico para que el consumidor de sustancias cambie y desempeñe nuevas conductas, promoviendo a su vez que el propio medio modifique, además, sus esquemas de relación hacia ellos. En tal sentido, ninguno de los modelos debe considerarse capaz de explicar ni abordar por sí mismo el fenómeno adictivo en su totalidad.

Los métodos de tratamiento y rehabilitación para los consumidores de psicotrópicos están alcanzando en la actualidad su madurez, no sólo en el alivio de los efectos, en lograr la abstinencia y la atención de las disfunciones provocadas, sino también en considerar las exigencias que establece el contexto social, así como los recursos y apoyos específicos que éste posee para promover el bienestar físico, psicológico y social que requiere cada uno.

Dado que la frontera entre el tratamiento de una entidad nosológica y su rehabilitación es muy sutil, existen personas para quienes la rehabilitación es entendida como la simple continuación de un manejo; otros, en cambio,

consideran que debe diferenciarse claramente por su carácter restructurante, en especial en el ámbito relativo a la reinserción social, como ocurre a menudo en los pacientes abusadores/adictos portadores de trastornos por consumo de sustancias. Además, ha de considerarse que, como se trata de un continuo de manejo, parecería que sin la una no existe la otra (APA, 2000).

En la literatura científica de los últimos años se ha descrito la importancia y la efectividad de los tratamientos antiadictivos, los cuales, en general, son efectivos para reducir los problemas médico-psiquiátricos y psicosociales de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias (Booth, Blow y Cook, 2001): los *derivados de su consumo* —aislado, episódico o consuetudinario (dependencia y abuso)— de estimulantes, sedantes o psicodislépticos, solos o combinados, y los *inducidos por ellos (*intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) (Booth, Blow y Cook, 2001; Hoffmann, Halikas y Mee-Lee, 1991).

Asimismo, son efectivos para contener o resolver una amplia gama de aspectos que acarrea su comorbilidad, como la disfuncionalidad familiar, conductas delictivas, violencia psicofísica o sexual u otras problemáticas (Hoffmann, Halikas y Mee-Lee, 1991; Carroll, 2002; Souza, 2007a). Sin embargo, ningún tratamiento es efectivo por sí mismo; menos aún si se utiliza uno solo de los variados recursos correctivos de la terapéutica actual (Souza, 2000e; Gastfriend y McLellan, 1997).

La gravedad, complejidad y extensión de esta patología se reflejan en el sinnúmero de acciones y recursos que requiere su control, pues en ocasiones, aun con la participación de un equipo multi, trans e interdisciplinario, puede no consolidarse un resultado favorable, al margen de que su manejo demanda a la mayoría de los pacientes mucho tiempo, gastado en forma constante, y una adhesión terapéutica especial (Souza, 2003c).

En tal sentido, el desarrollo de un sistema nacional de tratamiento para las adicciones (Baronet y Gerber, 1998) se hace imprescindible en el país para contender con este grave problema, que representa por lo menos una tercera parte de los casos atendidos en urgencias, los cuales se suman a las varias decenas de miles de consultas (ambulatorias, hospitalarias y residenciales) por año otorgadas por nuestras distintas organizaciones e instituciones (Souza, Guisa y Díaz Barriga, 2005a).

Cabe señalar que, no obstante la eficacia disponible de la terapéutica actual, los diferentes tipos de programas no recurren a igual metodología, y en su varianza máxima, tratándose de enfoques, contenidos y efectividad, aún no consideran de rutina las características individuales de cada paciente (ONUDD, 2003). La reducida eficacia de ciertos abordajes requiere mejor selección metodológica y, sobre todo, la evaluación de la indicación correspondiente para

emplear así, bajo evaluación supervisada, los procedimientos más adecuados para cada problema (Díaz Barriga, Souza, Romero, Quijano y Guisa, 2005).

Las recomendaciones de los expertos señalan que, frente a la multifacética etiopatogenia y curso de la dependencia:

1. dar tratamiento es mejor que no hacerlo;
2. cuanto mayor sea la duración, mejores los resultados;
3. la patología adictiva debe considerarse un trastorno crónico igual que otros;
4. la atención a la comorbilidad es indispensable;
5. la motivación para el tratamiento es parte fundamental de la rehabilitación (Díaz Barriga, Souza, Romero, Quijano y Guisa, 2005);
6. el deseo-necesidad imperioso de consumo y su conducta de búsqueda, D-NIC, causante de recaída —parte ineludible del padecimiento— precisan controlarse con recursos específicos; el mejor tratamiento es la combinación de terapia ambulatoria, medicación y seguimiento, continuados con bases psicoterapéuticas (Díaz Barriga, Souza, Romero, Quijano y Guisa, 2005; Souza, 2003a).

Complementa esta visión la sólida argumentación de apoyo a las medidas del postratamiento a favor de los distintos tipos de pacientes y sus peculiares características, así como las instituciones participantes. Se ha documentado que la buena evolución de los pacientes en el postratamiento depende de distintos factores de significación personal, que influyen en su adhesión al tratamiento, involucran la motivación y el desempeño en las actividades programadas.

En adicciones, como seguramente en otras patologías, es frecuente encontrar generalizaciones y sobresimplificaciones que se muestran sin recato, relacionadas con las descripciones que aportan las personas en su afán de entender o clarificar el problema en su causa, su manejo o su rehabilitación (Souza, 2001d).

Al efecto, se señala la participación de diversos factores:

1. institución (accesibilidad a los servicios de atención, tipo de programa terapéutico, metas, etc.; características del personal y organización y recursos destinados al manejo);
2. tratamiento (tipo y características de acceso, disponibilidad, requisitos, costo, duración, supervisión y evaluabilidad de la condición clínica a tratar y sus resultados);
3. paciente (grado de afectación, conciencia de enfermedad [mental], motivación y recursos disponibles);
4. familia (grado de participación, abstinencia y mantenimiento de las metas terapéuticas, adhesión);

5. socioculturales (estigma, grado de aceptación y simpatía por la labor y el esfuerzo de los afectados, etc.) (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a).

En todo caso, la labor terapéutica que reciban los pacientes, adicional a las maniobras rehabilitatorias que el caso requiera, debe enriquecerse con un desempeño empático, orientador, de apoyo informativo-correctivo que ofrece la modalidad psicoterapéutica, vinculada con la detección y combate del D-NIC y su conducta de búsqueda de sustancia (Souza, Martínez, Martínez, Mercado y Tagle, 2000). Todo lo cual tiende a eliminar la recaída, permite reforzar la permanencia en el manejo y la toma de conciencia de enfermedad (mental), así como la participación activa de los afectados para disminuir las dificultades naturales del manejo de este tipo de proceso crónico-reiterativo de la patología adictiva.

La necesidad de practicar la rehabilitación de los adictos supone que prevalece alguna disfunción personal o social preexistente al consumo de psicotrópicos y demás sustancias adictivas, que se mantiene durante el curso del tratamiento o incluso después de lograr la abstinencia. Tal situación de disfunción, anomalía o pérdida que caracteriza la patología se encuadra frecuentemente mediante los conceptos teóricos de discapacidad y minusvalía. Véase que Fraser define la *discapacidad* como: “La pérdida de una aptitud funcional por desmejora”; o sea, la restricción o pérdida de una o varias habilidades, que representan un déficit funcional. La *minusvalía,* por su parte, la describe como: “La consecuencia social de la discapacidad”. De modo que traduce una *desventaja social* que impide o limita el desempeño de un papel o tarea social. En esa línea de pensamiento, se denomina “competencias” al conjunto de intervenciones tendientes a disminuir o suprimir la discapacidad y la minusvalía, representadas en esencia por los programas diseñados *ad hoc,* de manera tal que los consumidores desarrollen las capacidades necesarias para desenvolverse —de nueva cuenta— en su entorno social.

Ello, conceptualmente, se continúa con las metas de la reinserción social, entendida como: “El proceso por el cual se pretende que una persona se incorpore a la vida productiva en una comunidad”. Así, el diseño de las estrategias de abordaje en rehabilitación debe articular los ámbitos individual e interpersonal de los pacientes con el contexto social; es decir, debe tender a integrar un proceso de rehabilitación y otro complementario, aunque implícito, llamado de reinserción social.

De esta manera se arriba a la comprensión de un concepto más completo de la rehabilitación, cuya meta es: “Reducir o suprimir la discapacidad de los pacientes adictos mediante el desarrollo de nuevas capacidades y reforzamiento de las capacidades disminuidas, poco desarrolladas o conservadas, que les permitan estructurar un sistema de vida autosuficiente y satisfactorio fuera del consumo de sustancias”.

En consecuencia, la reinserción social tiene como meta la reincorporación, activa y permanente, en sus papeles y ambiente comunitario, a través de la participación social, que les permita a los afectados contar con un ambiente favorable a fin de que puedan usar sus "nuevas" capacidades y recursos personales que los lleven a asumir sus responsabilidades y enfrentar las situaciones de su vida cotidiana. Por lo tanto, se hacen trascendentes los elementos de la reinserción social, como los grupos, las redes, las asociaciones y las organizaciones que puedan coadyuvar al logro de los objetivos últimos de la rehabilitación (Mueser, Corrigan e Hilton, 2002).

Sus acciones están representadas por todas aquellas actividades que llevan al ejercicio: las funciones "normales" que ofrecen elementos para un contacto activo con la realidad y las que conducen al paciente a plantear y practicar una vida cotidiana sin consumo de drogas. Se desprende de lo anterior que el papel que desempeñe este trabajo será parte decisiva de la rehabilitación integral, en tanto es indispensable para la mejora y el mantenimiento de la autoestima y la confianza en sí mismo de las personas abusadoras/adictas, y además se torna parte esencial de sus aspiraciones, para remplazar una vida afectada y de pronóstico sombrío por una actividad productiva fuera de los riesgos implicados en el consumo de psicotrópicos. Ello incluye dirigir y estimular al paciente a la conquista de una nueva capacidad productiva.

La rehabilitación deviene, así, un proceso activo y amplio donde el paciente abandona su papel pasivo de enfermo y asume —en el mejor de los casos— su responsabilidad en el esfuerzo colectivo para el mejoramiento y la superación de su persona. Las áreas biológica, psicológica y social, y sus capacidades no mermadas o desarrolladas, pueden enfocarse a partir de una evaluación, a fin de determinar las discapacidades y su impacto, o bien la influencia en las otras, y de esa manera estructurar una vía factible e individualizada para la rehabilitación.

Al efecto, se deberá elaborar, junto con el paciente, una estructura-compromiso propositiva y realista, con objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, lo más objetiva y sencilla posible. Por ello, cuanto más activa sea la participación del paciente y más profundo el entendimiento de su problemática y los beneficios que obtendrá con la rehabilitación, mayor será la posibilidad de progreso. La experiencia documentada señala que, de no considerarse la aportación concreta de la comunidad en la rehabilitación, ésta, sencillamente, no será concretada. Deberán investigarse, asimismo, los vínculos (redes sociales) que ha establecido el paciente en su contexto ambiental, al igual que los recursos materiales y medios útiles en el desarrollo de los programas rehabilitatorios (Currie, 2001).

Una rehabilitación real y exitosa requiere la conjunción operacional de los procesos individual y comunitario, pues su integración es capital para el programa activo, el cual ha de ser gradual y claro con respecto a las necesidades y posibilidades de cada persona.

Dado que los problemas de las personas no son sólo individuales o internos, y las soluciones residen en los sistemas interpersonales que los involucran entre sí, las redes sociales no son sino la descripción de ciertas interacciones que establecen un determinado número de personas. La congruencia entre cualquier ser vivo y su medio se denomina *adaptación*. Requiere que el ecosistema conserve su congruencia, mantenga su adaptación, organización y existencia. Como la construcción de intercambio e interacción (red) que establecen los seres vivos se constituye en el medio, y por ende en el mismo tiene lugar su realización como ser vivo, los problemas de las personas no pueden ser vistos sólo como individuales o internos. Las soluciones residen, por consiguiente, en los sistemas interpersonales que los involucran entre sí.

Las redes sociales son la descripción de ciertas interacciones que establece determinado número de personas, entendida en términos de un ente dinámico en constante evolución con el tiempo y las circunstancias en que se encuentre en un momento dado, según se modifiquen sus características y funciones. De ahí que sus características estructurales son interactuantes, representadas por el tamaño o número de personas y su distribución; según se trate de un sector u otro en el que se ubican, la densidad o conexión entre los miembros, la homogeneidad-heterogeneidad demográfica y sociocultural, la dispersión y la distancia geográfica. Las funciones o tipos de relación son la compañía social que impele a la realización de hacer cosas juntos; el apoyo emocional, también llamado clima de comprensión y guía cognitiva asesora.

Por otra parte, el modelo de papeles permite compartir información, realizar aclaración de las expectativas correspondientes así como de la regulación social, la reafirmación de papeles y su responsabilidad, el control de las desviaciones y la ayuda material, y los servicios correspondientes para lograr las metas. Una vez que ocurre la intervención de la red social en el individuo y la familia, se busca mejorar la conexión, el apoyo y la solidaridad de los miembros entre sí y con los demás individuos o familias en problemas.

Se parte de la premisa integrativa y unificadora de *restablecerse en* y *restablecer la red*. Se centra en la movilización de la red, como sistema de apoyo cooperativo y vía de acceso al crecimiento de la capacidad de autoafirmación y autoindependencia de las personas. Ésta proporciona la posibilidad de transformar a la persona-objeto en persona-sujeto, a través de la autoestima lograda por acciones propias, lo cual da sentido individual y gremial a la par.

RESUMEN

La rehabilitación en adicciones, cúspide del manejo brindado al paciente a causa de sus trastornos y comorbilidad, representa un esfuerzo decisivo para el logro terapéutico, especialmente en la patología adictiva cuya adicción —a menudo

múltiple— hace imprescindible alcanzar y mantener la abstinencia productiva mediante un programa de prevención de recaídas.

El objetivo rehabilitatorio es el desarrollo de habilidades emocionales, sociales e intelectuales para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad posible de apoyo profesional. Una rehabilitación exitosa requiere que el proceso individual/comunitario se integre en un programa activo y gradual respecto de las necesidades y posibilidades de cada persona.

Los problemas de las personas no son sólo individuales y personales; sus soluciones residen en los sistemas interpersonales que los involucran. Las redes sociales responden a la interacción personal y buscan congruencia con el hábitat, la adaptación, la organización y la existencia.

En el marco humanista que la aloja, la rehabilitación en adicciones ayuda incluso a los pacientes venoadictos VIH positivos a entender y manejar su enfermedad, proporcionando la posibilidad de transformar a la persona-objeto en persona-sujeto mejorando su autoestima y seguridad.

GLOSARIO DE TÉRMINOS*

La formación educativa del profesional de la salud que labora en adicciones, originalmente dirigida a los médicos y continuada después hacia el personal psicosocial y paraclínico (Chappel y Lewis, 1992; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000), ocurrida hace varios decenios, no obstante su experiencia y eficacia reconocidas, persiste en la heterogeneidad lexicológica, cuando no en la vaguedad, la ambigüedad o la obsolescencia (Souza, 2000d; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b).

Los modelos curriculares y los materiales de enseñanza desarrollados para hacer más accesible el conocimiento, suministrar apoyo técnico y ofrecer procedimientos de dispersión automatizada, alcanzan hoy, vía internet, a todos los públicos (Marcus, Rickman y Sobhan, 1999) y brindan un camino a seguir, eficacia sorprendente con la cual se espera reforzar la formación clínica que acompaña el entrenamiento cada vez más especializado del personal (Galanter, Keller, Dermatis y Biderman, 1998; Cunningham, Humphreys y Koski-Jannes, 2000; Souza y Díaz Barriga, 1997).

La "instrucción" tradicional que a la fecha utilizan algunos grupos de trabajo "terapéutico antiadictivo" vía praxis y observación parcial del fenómeno no puede considerarse compatible con los postulados teóricos del conocimiento científico actual (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Seixas y Sutton, 1971; Souza, 1986a; Klamen, 1999).

La verdadera instrucción requiere la unificación del léxico mínimo, en términos comprensibles para todos los involucrados. En tal labor, acorde con las indicaciones de los organismos con mayor experiencia en el campo (Kosten, 2003; El Guerbaly, Toews y Lockyer, 2000; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002), resulta significativo el binomio educación-adicciones en nuestro país, toda vez que no se dispone aún de personal suficiente ni adecuadamente preparado para confrontar uno de los retos más importantes de la salud pública de este milenio (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b).

La denominación usada en el campo terapéutico, con sus muy diversas connotaciones, ha sido y es problema cotidiano entre el personal profesional y

paraprofesional dedicado a la terapéutica (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b; Lewis, Niven y Czechowicz, 1987). Ello sin considerar el uso del lenguaje metafórico empleado en psicología, psiquiatría, psicoterapia, psicoanálisis, etc., que suele producir amplios diferendos entre los interlocutores; este tema, por su extensión y envergadura, ha de tratarse en otro momento y lugar (Souza, 2004a; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b).

La variada denominación que usa la comunidad respecto a los fenómenos adictivos causa grandes diferencias entre vocablos, desde la etiopatogenia hasta la rehabilitación, pasando por los efectos de las sustancias y la descripción fenomenológica del trance que provocan (Klamen, 1999; Dove, 1999; NIDA, 2003).

Por otro lado, el abordaje antiadictivo iniciado en la comunidad no profesional en el primer tercio del siglo pasado aún mantiene, por su antigüedad, cierto fuero, y en el lenguaje popular predominan muchas acepciones empleadas para describir y entender los estados vinculados al consumo (Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a; Souza, 2001d; Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000; Souza, 1998a).

Todas las sustancias que actúan sobre la mente, llámense psicofármacos, psicoactivas o psicotrópicos, al alterar de modo equivalente las funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.), en principio significan lo mismo. No obstante, implican diferencias conceptuales (Souza, 2007a; WHO, 1994).

El término “psicotrópico” se usa para diferenciar las sustancias utilizadas sin propósito médico (automedicación) de las drogas curativas, medicamentos denominados psicofármacos, cuya prescripción obedece a una indicación en pro de la salud, dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia, como es el caso de los antidepresivos, tranquilizantes y otros.

A diferencia de los psicofármacos, los psicotrópicos se administran por automedicación y sin control médico, para fines de intoxicación, sin conocerse las dosis, su metabolismo, modalidades de excreción, etcétera.

Lamentablemente, la denominación popular de “drogas” para referirse a la variedad de sustancias de consumo a menudo confunde a quien no distingue entre una connotación y otra (Souza, 2007a), condición que, sumada a los diversos prejuicios populares y a sus expectativas fantásticas (Tagle, Mercado, Martínez, Martínez y Souza, 2000), hace que la gente no bien informada se niegue a incluirse, cuando es necesario, en un tratamiento farmacológico, por considerar erróneamente que corre mayor riesgo aún de volverse “adicta” (Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Souza, Martínez, Mercado y Tagle, 2000; Souza, Martínez y Mercado, 1999).

Ello plantea la paradoja de la función médica y profesional al servicio de la producción de problemas y conflictos sociales (Souza, 2007a; Monti y Colby, 1999).

Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, la cual es necesario conocer para orientarse en las complejidades de la información que contiene; tal conocimiento debe estar informado de su marco cultural. De modo que, aunque la terminología psiquiátrica no esté completamente estandarizada, y sus conceptos no siempre tengan acepción universal (APAL, 2004), se sugiere una unificación de criterios, habida cuenta de que un mismo fenómeno puede ser conocido por distintos apelativos según la región geográfica, escuela de pensamiento o incluso las concepciones personales de quien los emplea (OMS, 1993).

El planteamiento propuesto ha tratado de cuidar la uniformidad de las líneas conceptuales dando cabida, en tono ecléctico, a las distintas corrientes productoras de vocablos. Sin embargo la diversidad de fuentes exige del lector que actúe más allá de la costumbre y los prejuicios. La opinión internacional, que sugiere la terminología profesional diferenciada de la no profesional (Souza, 2007a; Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2002; WHO, 1994; APAL, 2004; OMS, 1993; APA, 2001; Federación Mundial de Educación Médica, 1988; Puchol, 2005; NIDA, 2003; PNUFID, 2003; ONUDD, 2003), se combinó para homogeneizar —en la medida de lo posible— la presente propuesta, siempre modificable.

Esperamos que la labor de los involucrados sea fecunda: “El arte, la ciencia y la técnica del hombre, al servicio del hombre” (Souza, 2007a).

abstinencia (síndrome de). Síndrome desadaptativo de comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias. Muchos individuos (quizá todos) con abstinencia de sustancias presentan un deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda para reducir los síntomas. Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: *alcohol; anfetaminas, metanfetaminas y otras sustancias afines; cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*. Los signos y síntomas de la abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan de forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia. También afectan a los síntomas de abstinencia la dosis y la duración, y factores adicionales, como la presencia de otras enfermedades. Los síntomas se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los signos y síntomas de la intoxicación mejoran (de forma gradual en algunos casos) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia. Como en el síndrome de intoxicación, otros factores a considerar para su diagnóstico y tratamiento

son la evaluación clínica completa (exploración física y patología asociada); vía de administración de las sustancias, presuntas responsables de los cuadros; rapidez de inicio con cada tipo de sustancia y duración de los efectos; vida media de las sustancias; policonsumo y duración de los efectos; trastornos mentales asociados y patrón familiar; diagnóstico diferencial y otros trastornos mentales inducidos por sustancias; los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; el uso adecuado de las pruebas de laboratorio y de gabinete; procedimiento de tipificación de la intoxicación y la abstinencia; curso clínico del síndrome; deterioro y complicaciones.

abstinente. Quien no consume ninguna sustancia.

abuso. Patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, caracterizado por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el individuo está consciente de tener un problema, causado o desencadenado por su uso, que pone en peligro su integridad psicofísica. Los síntomas derivados de ello pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado, y para su diagnóstico deben estar presentes por lo menos durante un tiempo no menor de un mes.

abuso de sustancias (que no producen dependencia). Uso repetido e inapropiado de sustancias sin potencial adictivo; se refiere a una gran variedad de fármacos tales como psicotrópicos antidepresivos y neurolépticos, laxantes, analgésicos, esteroides y otras hormonas, vitaminas y antiácidos, entre otros.

acatisia. Estado de alteración psicomotora, iatrogénico e involuntario, producido por la administración de neurolépticos prescritos para el manejo de afecciones psiquiátricas, caracterizado por movimiento regular e incesante —sin angustia — como deseo de relajar los músculos esqueléticos. Movimientos reiterativos.

acetaldehído. Principal producto de la degradación del etanol formado por la oxidación de éste. Es una sustancia tóxica implicada en la reacción de enrojecimiento por alcohol denominada síndrome de flushing y en ciertas secuelas físicas de su consumo a largo plazo.

acting out. Término técnico frecuentemente usado en psicología para designar la conducta de actuación de estirpe inconsciente en un individuo.

actitud. Disposición de la psique a actuar o reaccionar en determinada dirección, aunque sea inconsciente. La actitud "fija el hábito de reacción y determina no sólo el modo de actuar, sino el modo de experiencia subjetiva y hasta el modo de compensación por el inconsciente".

aculturado. El que se encuentra mental y físicamente en armonía con los patrones de su cultura.

adenomegalia. Término que alude al crecimiento de los ganglios linfáticos, a menudo doloroso e indicador de patología regional.

adenopatía. Enfermedad ganglionar. Inflamación de los ganglios que refleja problema en la zona (inguinal u otra).

adicción (dependencia, drogadicción, toxicomanía, drogodependencia). Enfermedad psiquiátrica primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recidivancia (recaída), en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales, que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones. La enfermedad suele ser progresiva y fatal y se caracteriza por el uso repetido de una o más sustancias psicotrópicas que permiten al individuo estar periódica o crónicamente bajo estados alternos de intoxicación-abstinencia; genera a su vez una compulsión en su consumo, impidiendo el cese voluntario. Además de la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia y sus efectos, existe preocupación por ella y consumo reiterativo a pesar de sus consecuencias adversas, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación. Ello puede llevar a cambiar el uso de la sustancia por otra semejante o de más intensos efectos y a tratar de conseguirlas por cualquier medio. Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una droga, caracterizado por una modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por consumir el *fármaco* en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos *psíquicos* y en ocasiones para evitar el malestar que se presenta si no se consume. La adicción no es un término diagnóstico en la CIE-10 pero continúa siendo usado de muchas maneras por los profesionales de la salud, como sinónimo de dependencia (síndrome de dependencia). Se conoce como adicción o dependencia el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

adicto. Persona que presenta adicción; que depende del consumo de uno o varios psicotrópicos. Persona con dependencia de una o más sustancias psicoactivas o psicotrópicos.

adicto (en recuperación). Persona que ha dejado de utilizar sustancias psicotrópicas y está en un proceso de reinserción social.

afasia. Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas —lectura, escritura o habla— debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

afecto. Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emociones) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del humor, que concierne a un "clima" emocional más generalizado y persistente, el término "afecto" se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades. *Aplanado:* ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva. *Embotado:* reducción

significativa de la intensidad de la expresión emocional. *Inapropiado:* discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación. *Lábil:* variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva. *Restringido o constreñido:* reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

agente ametístico. Sustancia que se administra con el propósito de revertir o mitigar los efectos de la intoxicación etílica. Tales compuestos actuarían supuestamente inhibiendo los efectos del alcohol a nivel del sistema nervioso central o bien acelerando su metabolismo en el hígado, pero no existen evidencias aún de sustancias con tales propiedades para propósitos terapéuticos.

agitación (psicomotora). Excesiva actividad motora asociada con una sensación de tensión interna. Habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcerse las manos, manosear los vestidos y ser incapaz de permanecer sentado.

agonista. Sustancia que actúa a nivel del receptor neuronal y produce efectos similares a los que refiere la droga. La metadona es un agonista semejante a la morfina a nivel de los receptores opiáceos.

alcalinidad. Grado de elevación del potencial hidrógeno (pH) de una sustancia entre 7-14 de una escala convencional.

alcaloide. Sustancia base de origen natural (generalmente vegetal), orgánica, compuesta de nitrógeno. Por lo común se encuentra en forma de sales de ácidos orgánicos.

alcohol etílico (etanol). Líquido transparente e incoloro, con sabor a quemado y un olor característico; se encuentra en bebidas fermentadas como la cerveza y el vino, y destiladas, como el brandy, whisky, vodka, etc. Es un depresor del sistema nervioso central; produce una aparente euforia inicial que actúa sobre los centros inhibitorios corticales. Tiene efectos locales en piel, mucosas, tejido subcutáneo, nervios periféricos y en el sistema nervioso central, en el sistema cardiovascular y el músculo-esquelético. En la mayoría de las culturas es consumido con frecuencia y responsable de una morbimortalidad considerable. En México la mayoría de quienes ingieren alcohol etílico prefieren bebidas fermentadas del lúpulo, como la cerveza, y los destilados de la uva del tipo del brandy, pero en algunas zonas rurales aún predomina el consumo de fermentados del agave, mientras que en otras regiones se usan las mezclas de ambos.

alcohol absoluto. El etanol contiene no más de 1% de masa de agua.

alcoholismo. Se denomina así el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico, aunque por extensión se ha usado equivocadamente para calificar todas las formas de consumo (perjudicial o no) de etanol.

alcoholoepilepsia. Crisis o cuadro convulsivo ocurrido como consecuencia de la descontinuación de bebidas alcohólicas u otras sustancias (drogas alcoholobarbitúricas), cuando el nivel de alcohol en sangre (NAS) ha disminuido (BAL). Clínicamente cursa con rigidez muscular y pérdida de la conciencia.

alexitimia. Incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones.

alianza terapéutica. Se refiere a un tipo particular de relación entre el paciente y el clínico, en la cual trabajan en el diseño y logro de los mismos objetivos; su base es el respeto mutuo y el entendimiento.

alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla expresiva). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser en exceso concreta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

alucinación. Percepción sin estímulo externo que puede ocurrir en todos los campos sensoriales; falsificación sensorial y perceptiva. Existen varios tipos: auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, gustativas, somáticas, hipnagógicas (durante el dormir) e hipnopómpicas (al despertar). Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones se distinguen de las ilusiones, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El individuo puede o no tener conciencia de que está experimentando una alucinación. La persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término "alucinación" no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se duerme, al conciliar el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias. Algunos tipos de alucinaciones son los que siguen. *Auditiva:* percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza. Congruente con el estado de ánimo. *Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. *Gustativa:* percepción de sabores (habitualmente desagradables). No congruentes con el estado de ánimo. *Véase síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo*. *Olfativa:* percepción de olores, como de goma quemada o pescado podrido. *Somática:*

percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondriaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil. *Táctil:* percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o repta bajo la piel). *Visual:* percepción de imágenes estructuradas, como unas personas, o bien imágenes informales, como destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

alucinógenos. Agentes químicos que producen alteraciones en la percepción y pensamiento, cuyas sensaciones se asemejan a los cuadros de las psicosis funcionales (psicodislépticos). Grupo de diversas sustancias que incluye a los ergóticos y compuestos afines (dietilamida del ácido lisérgico, LSD [Souza, 2002a], semillas de manto de la virgen), fenilalquilaminas (mescalina, o 2,5 dimetoxi4-metilanfetamina) y MDMA o 3,4-metilen-dioxi-metanfetamina, también llamada "éxtasis" D, alcaloides del indol (psilocibina, DMT o dimetiltriptamina y otros compuestos varios). Se excluyen de este grupo la fenciclidina y la mariguana (delta-9-tetrahidrocannabinol, TCH) debido a que, aunque estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, muestran diferencias significativas en sus efectos psicológicos y sobre el comportamiento.

ambivalencia. Término que Bleuler designó para la tendencia en los trastornos mentales, particularmente en la esquizofrenia, a otorgar igual expresión a sentimientos contrarios, como amor y odio. Expresión simultánea de afectos o actitudes opuestas.

amnesia. Pérdida de memoria. Hay dos tipos de amnesia. *Anterógrada:* pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico. *Retrógrada:* pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico. El disturbio de la memoria puede ser completo, parcial, permanente o temporal, atribuible por igual a causas orgánicas o psicológicas.

analéptico. Fármaco estimulante; inductor. Que acelera la actividad de alguna parte de la fisiología normal del organismo. En psiquiatría *psicoanaléptico* se usa para referirse a la droga que estimula la actividad nerviosa del cerebro. Psicotomimético.

analgésico. Fármaco o sustancia que alivia el dolor.

análogo. Compuesto químico que es similar a otra droga en sus efectos pero que se diferencia ligeramente en su estructura química.

anestésico. Agente farmacológico usado con el fin de combatir el dolor mediante la disminución-pérdida transitoria de las sensaciones.

anfetaminas. Aminas simpaticomiméticas clasificadas como psicotrópicos por su fuerte poder estimulante sobre el sistema nervioso central. Las sales más comunes derivadas de esta droga son el sulfato de dextroanfetamina y el clorhidrato de metanfetamina. Farmacológicamente sus compuestos semejantes son el metilfenidato, la fenmetrazina y la anfepramona (dietilpropión). Sus efectos son parecidos a la cocaína pero tienen mayor duración y pueden ser más potentes.

angustia, ansiedad. Sensación de temor, aprensión o inquietud que surge de anticipar un peligro cuyo origen se desconoce y no se comprende. La angustia se distingue del miedo porque este último sí tiene una causa conocida: se tiene miedo a los animales, a estar solo, a ciertas personas, etcétera.

anhedonia. Pérdida o incapacidad para experimentar placer.

anorexia. Pérdida del apetito; estado mental que permite la postergación, en ocasiones prolongada, de la ingestión de alimentos. Relativo a la anorexia. Anorexia nervosa.

anoréxico. Agente supresor del apetito.

anorexígenos. Fármacos (anfetamínicos) cuyos efectos sobre el hambre y el deseo de ingerir alimento se usan propositivamente en medicina para el control de la obesidad. Pérdida del apetito.

ansiedad. Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuro acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Estado disfórico semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro. Aprensión, anticipación o temor a un peligro posible.

ansiolítico. Tranquilizante, sedante o hipnótico.

antagonista. Sustancia que bloquea los efectos de otro agente farmacológico. Tal reacción es antagonista cuando interactúa con un receptor inhibiendo la reacción de los agentes agonistas que producen los efectos psicológicos o conductuales mediados por el receptor en cuestión.

antidepresivo. Grupo de agentes psicofarmacológicos prescritos con el fin de corregir los trastornos depresivos y otras condiciones clínicas, como los ataques de pánico. Las tres grandes categorías de ellos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

antidoping. Uso intencional de reactivos químicos formulados para detectar en sangre, orina o saliva de un paciente o candidato a tratamiento sustancias psicotrópicas diversas.

apego al tratamiento. Compromiso que muestra un paciente en el mantenimiento de su tratamiento en todas sus formas. Un programa de compromiso acertado ayuda a los pacientes a promover la instalación de su tratamiento como un recurso importante para él.

ataxia. Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares, sin debilidad ni espasmo de éstos; existen muchas variedades. Dícese de la ataxia mental o intrapsíquica. Incoordinación para la deambulación. Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario; típico de la gente intoxicada con alcohol.

atención. Capacidad para centrarse persistentemente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distractibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

atención integral médico-psiquiátrica. De acuerdo con la NOM es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

atención médica. Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

atipia. Variación, diferencia, que no es típica de su género, modalidad.

autoconfrontación por video. Consiste en grabar a un bebedor cuando está intoxicado y después, al estar sobrio, presentarle el video para que confronte la conducta que adopta al estar bebiendo.

autoterapia en doce etapas. Actividades de tratamiento fundamentadas en la perspectiva etiológica del alcoholismo y otras adicciones, al igual que en el enfoque de doce etapas de los AA o de otros grupos de ayuda mutua afines.

avolición. Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológica la avolición es generalizada e impide que el individuo complete distintos tipos de actividades (trabajo, tareas intelectuales, autocuidado).

barbitúricos. Grupo de depresores del sistema nervioso central que se derivan químicamente del ácido barbitúrico (amobarbital, pentobarbital, secobarbital), usados como antiepilépticos, anestésicos, sedantes e hipnóticos, cuyo efecto agudo y crónico semeja los efectos del etanol (drogas alcoholo-barbitúricas). Estos agentes pueden llegar a causar intoxicación, síndrome de abstinencia, demencia y síndrome psicótico residual.

bebida alcohólica. Aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2 a 55% en volumen.

benzodiacepinas. Grupo de agentes farmacológicos cuyo principal efecto sedante, ansiolítico e hipnótico, relajante muscular y antiepiléptico, es producido por la potenciación del efecto GABAérgico, el mayor neurotransmisor inhibidor del sistema nervioso central. Las benzodiacepinas de corta acción son halacepam y triazolam. El alprazolam, flunitracepam, nitracepam, loracepam y temacepam se consideran de acción intermedia, y el oxacepam de acción lenta. La interrupción abrupta de la dosis de estas sustancias en personas que las han

ingerido durante más de seis meses produce síndrome de abstinencia en la mitad de los casos, por lo cual debe considerarse su elevado poder adictivo.

biodisponibilidad de una sustancia o medicamento. Grado en que el ingrediente activo de un fármaco es absorbido por el organismo en la forma en que es fisiológicamente activo.

blackout. Amnesia anterógrada aguda, no asociada con pérdida de la conciencia, que a menudo resulta de la ingestión de alcohol u otras sustancias, como las benzodiacepinas.

bulimia nervosa. Enfermedad cuyo rasgo esencial es comida ingerida en forma de "borrachera" (atracón) y métodos compensadores inadecuados de prevenir la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos portadores de bulimia nervosa ocurre —siempre excesivamente— bajo la influencia de la forma del cuerpo y su peso.

buspirona. Agente ansiolítico no benzodiacepínico capaz de desarrollar potencial adictivo.

cafeína. Sustancia xantínica con moderado efecto estimulante sobre el sistema nervioso central; es vasodilatadora y diurética a la vez. Se encuentra generalmente en el café, el té y los refrescos de cola. Es probablemente la droga más popular del mundo. Puede consumirse a partir de distintas fuentes: café (preparado de 100-140 mg/100 ml; instantáneo de 65-100 mg/100 ml), té (con 40-100 mg/100ml), soda cafeinada (de 45 mg/100ml), analgésicos sin receta médica y remedios para el resfriado (de 25-50 mg por pastilla), estimulantes (de 100-200 mg/pastilla), pastillas para perder peso (de 75-200 mg/pastilla). El chocolate y el cacao tienen niveles mucho más bajos de cafeína (5 mg/barra de chocolate). El consumo de cafeína, omnipresente en todo el mundo, produce ingestiones promedio por persona de aproximadamente 200 mg/día.

CAGE. Instrumento breve tipo cuestionario, de proyección de alcoholismo, que pregunta a los individuos sobre sus tentativas de reducir el consumo de bebidas, molestia sobre la crítica de otros respecto de su consumo, culpa relacionada con el uso de bebidas, y el uso de bebidas alcohólicas como revelación.

cannabis. Término genérico que refiere a varias preparaciones de psicotrópicos, de la que es más representativa como droga de abuso la mariguana.

capacidades integradas. Posesión de actitudes específicas, valores, conocimiento y habilidades requeridos para proporcionar, de modo apropiado, servicios de atención a la salud a individuos con trastornos por consumo de sustancias u otros.

cardiomiopatía alcohólica. Trastorno difuso del músculo cardiaco, generalmente visto en pacientes que han tomado por largos periodos (10 años o más). Se caracteriza por insuficiencia biventricular, disnea, palpitaciones, edema y

distensión abdominal por ascitis. La falla más frecuente de arritmia es la fibrilación auricular.

cartas de consentimiento informado. Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

caso índice. La persona infectada por el VIH o que tiene diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), a partir de la cual se infectan otras personas.

catalepsia. Flexibilidad cérea: mantenimiento rígido de una posición corporal durante un periodo prolongado de tiempo.

catalítico. Alude al proceso químico de catálisis; reacción de catalización. Aquello que participa de una reacción determinada modificando los resultados con su presencia y sin alterarse. En cierto sentido, el agente que facilita, induce o acelera una reacción específica.

cataplejia. Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

catarsis. Expulsión espontánea o provocada de sustancias nocivas al organismo; por extensión, en la ciencia psicológica se aplica como la eliminación de recuerdos (pensamientos), sentimientos o emociones que perturban la conciencia o el equilibrio emocional.

choque anafiláctico. Reacción alérgica grave que lleva eventualmente a la muerte.

cinesia. Percepción sensible del movimiento muscular por medio del cual el individuo puede estimar la posición de su cuerpo.

cinético. Referido al movimiento y las fuerzas que lo afectan.

cocaína. Alcaloide obtenido de las hojas de la *Eritroxilon coca* o sintetizado de sus derivados en forma de clorhidrato. Es un analgésico usado en oftalmología y odontología; por causar fuerte vasoconstricción reduce el sangrado local. Produce dependencia si se usa en repetidas ocasiones y suele ser una droga de abuso, que actualmente se encuentra en incremento en México y otros países.

codependiente. Término popular que alude al doble vínculo de dependencia patológica establecido en la relación entre una persona dependiente y otra, por ejemplo el adicto y su pareja (dependiente-dependiente). Por extensión se usa para designar al pariente, amigo cercano o colega de un paciente consumidor, abusador o adicto a psicotrópicos u otras sustancias, que se vincula en forma enfermiza (dependencia emocional) y limita el crecimiento saludable de la pareja o relación, en su caso. Todo padecimiento y/o disfunción asociado con la preocupación por las necesidades y el comportamiento de los otros o que resulta de los mismos

cognitivo. Relativo a la capacidad de la mente para entender conceptos e ideas.

colaboración formal. Ocurre cuando la naturaleza de la invalidez del paciente requiere información más específica e intervención más compleja y específica. Este nivel de la relación médico-paciente asegura que el personal preste atención tanto a salud mental como a los trastornos por abuso de sustancias en el tratamiento.

colaboración informal. Ocurre en distintas enfermedades mentales y adictivas. El profesional de la salud procura realizar una identificación eficaz del caso, en el que se requiere compromiso para la prevención y la intervención temprana. Un ejemplo de este tipo de colaboración es la petición telefónica de consejo o información general en cuanto a los orígenes y el curso clínico de la depresión, ansiedad u otros problemas en un abusador/adicto.

coma, estado de. Estado en el que se encuentran abolidas las respuestas psicológicas y motrices a la estimulación interna y del entorno.

comorbilidad. Diagnóstico dual. Uso múltiple de drogas (poliadicción) y concomitantes a las adicciones, como los trastornos de personalidad, del dormir, de la sexualidad, psicóticos, etc., que son habituales en la vida de los pacientes con problemas de adicción a psicotrópicos. Los más frecuentes son: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta, disfunción familiar, trastornos por ansiedad, depresión e intentos suicidas, VIH/sida, esquizofrenia, tabaquismo-cafeinismo, trastornos alimentarios, trastornos del sueño e insomnio, disfunción sexual y parafilias, trastornos del control de los impulsos: cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía, "adicción" sexual, consumo de fármacos de uso médico, otros.

complejo relacionado con el sida. Cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (adenomegalia persistente), que es sugerente pero no diagnóstico de sida.

comportamiento catatónico. Importantes anormalidades motrices que incluyen inmovilidad motora (catalepsia o estupor), ciertos tipos de actividad motora excesiva (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizado) o mutismo, ciertas posturas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.

compulsión. Necesidad patógena involuntaria de repetir cierta acción de manera ritualista y estereotipada, incontrolable por la volición, que a menudo representa un significado simbólico. *Compulsión a la repetición*.

comunicación educativa. Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

comunidad terapéutica. Modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de abusadores y adictos en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social, a través del apoyo mutuo. En ella se emplean actividades de observación constante del paciente, al que se le pide responsabilidad, compromiso activo y prolongado en sus servicios. Generalmente están operadas por un equipo mixto de profesionales y adictos en recuperación. Su programa de terapia a largo plazo, estructurado e intensivo, se realiza en un entorno especial que con frecuencia incluye la participación del sistema de justicia penal. Se ha modelado en base a los programas que existen en los Estados Unidos, como Synanon.

comunidad terapéutica modificada. Comunidad terapéutica cuyo acercamiento al tratamiento antiadictivo adapta los principios y métodos de la comunidad terapéutica a las circunstancias actuales del paciente para evitar su recaída. Emplea intervenciones con funciones especiales, las cuales comparte con la comunidad; tiene objetivos terapéuticos y educativos. Todas sus intervenciones se agrupan en cuatro categorías: realce de la comunidad, manejo terapéutico/educativo, dirección a cargo de la comunidad combinada con la dirección clínica y profesional.

condiciones de riesgo. Actividades o situaciones en las que existe posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

conducta compulsiva. Comportamiento motivado por un impulso irresistible de ejecutar una acción en contra de la voluntad consciente del individuo.

confabulación. Elaboración de acontecimientos o datos que llenan las brechas de un relato o constituyen ficciones completas como reacción a preguntas que no pueden responderse de manera práctica a causa de alteraciones orgánico/funcionales de la memoria. Es un rasgo del síndrome amnésico.

conflicto psíquico. Se habla de conflicto cuando en el individuo se oponen exigencias internas contrarias. Éste puede ser manifiesto entre el deseo y una exigencia moral o entre dos sentimientos contradictorios. Es latente si se expresa de último modo deformado en el conflicto. Es manifiesto si se traduce en la formación de síntomas, trastornos de conducta u otros. En psicoanálisis se considera al conflicto como un elemento constitutivo básico del ser humano.

confrontación. Técnica psicológica intensiva y delicada empleada en actividades individuales y de grupo, en la cual los individuos presentan el uno al otro sus observaciones y reacciones a comportamientos y actitudes respecto de asuntos de preocupación, las cuales deberían ser cambiadas. La confrontación presenta "la realidad" a individuos. Su objetivo es la reacción en el comportamiento y la petición irresistible al paciente para el logro de la honestidad personal, veracidad en relación con otros y un comportamiento responsable.

confusión. Trastorno de la conciencia con pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo. Se presenta por alteraciones de la memoria o por déficit de la

atención.

consentimiento informado. Acuerdo por escrito, mediante el cual el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.

consulta. En el contexto de los programas de tratamiento, significa un tipo tradicional de la relación informal entre quienes ofrecen el tratamiento y sus receptores; petición; intercambio de información.

consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos). Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

consumo perjudicial. Uso nocivo o abuso de sustancias psicotrópicas; patrón de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral), o mental, como los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Se requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva o psicotrópica.

contratos conductuales. Uso de eventualidades ambientales específicas tales como estímulos de la conducta y el reforzamiento de conductas, que son incompatibles con el consumo de alcohol o de drogas.

contratransferencia. Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del paciente (analizando), y especialmente frente a la transferencia de éste. Se da en toda relación médico-paciente e incluso en otras relaciones interpersonales, aunque de manera modificada.

convulsión. Síntoma de un trastorno crítico nervioso, caracterizado por movimientos involuntarios tónico-clónicos de los miembros. Es un episodio repentino de la actividad eléctrica descontrolada del cerebro. Si esta actividad anormal se extiende en el cerebro, el resultado puede ser el desmayo y un estado relativamente amplio de afectación. Las crisis pueden ocurrir como resultado de herida principal, infección, accidentes cerebro-vasculares, abstinencia de fármacos hipnóticos o sedantes u otros psicotrópicos, o bien como consecuencia de dosis altas de estimulantes.

crack. Tipo de cocaína. Sustancia estimulante derivada del clorhidrato de cocaína que habitualmente se consume por vía de su aspiración al fumarse.

craving. Se refiere al deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda, D-NIC (la mayor parte de las veces), de consumir psicotrópicos u otras sustancias. Esta condición exhibe la pérdida del control sobre el consumo, inducida por la provocación psíquica (recuerdo), que se asemeja en su mecanismo a la abstinencia alcohólica.

creencias adictivas. Conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer; asimismo, repercuten en la confrontación para resolver los problemas

derivados del consumo, su alivio o escape de situaciones conflictivas, etcétera.

crisis de angustia. Periodos discretos en los que se produce el inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, que a menudo están asociados con la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis existen síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación y miedo a volverse loco o a perder el control. Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (no suscitadas), cuando el inicio de la crisis no se asocie con un precipitante situacional y ocurra como "llovido del cielo"; determinadas situacionalmente, cuando la crisis ocurra casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional ("señal") o en su anticipación, y predispuestas situacionalmente, cuando la crisis tienda a producirse en la exposición a un precipitante situacional, pero no se asocie invariablemente con él.

cuidados intensivos. Atención breve e intensa que reciben los pacientes intoxicados o graves para su estabilización y manejo posterior, como el que reciben en las unidades de urgencia u hospitales generales.

culpabilidad. Sentimiento ligado con la transgresión de un mandato moral.

delirio. Falsa creencia que persiste a pesar de las explicaciones racionales y de la evidencia en contrario. Existen numerosas formas de delirio; la más conocida por el común de la gente es el "delirio de persecución", que en psiquiatría equivale a los *estados paranoides*, expresión ésta mucho más general. En la práctica pueden observarse desde simples "ideas" delirantes que expresan creencias esotéricas o "mágicas", hasta los delirios estructurados, que son falsas interpretaciones de hechos más complicados.

delirio tóxico. Estado confusional orgánico agudo caracterizado por la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, agitación y paranoia, que es provocado por el consumo de una o varias sustancias.

delirium. Síndrome orgánico cerebral agudo reversible caracterizado por confusión y conciencia alterada, atención, percepción, orientación, pensamiento, memoria, emoción, conducta psicomotora y disturbios del ciclo sueño-vigilia; es fluctuante y puede durar de horas a semanas; varía en su grado de severidad por ser consecutivo a una alteración del metabolismo cerebral.

delirium tremens. Estado de confusión acompañada de tremor (temblor) y alucinaciones intensas. Los síntomas pueden incluir agitación, insomnio, taquicardia y convulsiones. El delirium tremens a menudo ocurre en personas con trastornos por consumo de alcohol tras su abstinencia.

demanda. Concepto clínico que designa la petición de un sujeto dirigida a un especialista en relación con algo que le resulta sintomático, perturbador.

demencia. Deterioro orgánico y global de las funciones intelectuales que permanece sin obnubilación o falla funcional de la conciencia.

dependencia. En 1964 el Comité de Expertos de la OMS remplazó los términos "adicción" y "habituación" por el de "dependencia", que se usa indistintamente en relación con múltiples drogas psicoactivas (dependencia de drogas; dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancias (dependencia de opiáceos). El término se emplea también en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de un síndrome de abstinencia o cesación —más o menos abrupta o significativa— del consumo de una sustancia. En tal sentido restringido la dependencia cruzada es tenida como complemento de la tolerancia cruzada y ambas refieren a la sintomatología física, también llamada *neuroadaptación*.

dependencia cruzada. La capacidad farmacológica de un agente o clase de sustancias para suprimir las manifestaciones del síndrome de abstinencia, de otras sustancias o clases, y mantener el estado físico del dependiente.

dependencia física. Estado de adaptación fisiológica del organismo a la ingestión regular de una droga que se manifiesta por la presencia de intensos trastornos físicos cuando la administración de la sustancia se suspende. Tales disturbios, como el síndrome de abstinencia, se sostienen por la producción de signos y síntomas psíquicos y físicos de naturaleza característica, respectivamente.

dependencia psíquica. Condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica que requiere una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar.

depresión. En el lenguaje común significa simplemente un estado por el que atraviesan los individuos *normales,* caracterizado por tristeza, sentimientos de incapacidad, pesimismo y disminución de la actividad vital. En psiquiatría, este término se aplica a un *síndrome* en el que los *síntomas* principales son la tristeza, que puede llegar a ser "dolor moral"; el *retardo psicomotor;* la falta de concentración; la *angustia* acompañada de ideas obsesivas, y una visión muy negativa del presente y el futuro. Suele haber trastornos del sueño (principalmente insomnio) y cambios en el peso corporal (adelgazamiento o, por el contrario, obesidad), e ideas de muerte o de suicidio. Generalmente este estado no tiene relación directa con sucesos de la vida del individuo deprimido, aunque en ocasiones se presentan episodios emocionales que precipitan la depresión.

depresor. Agente que suprime, inhibe o decrementa la función del sistema nervioso central, como los sedantes, opiáceos, anticonvulsivos y neurolépticos.

dermografismo. Reacción química que ocurre en el organismo que le da a la piel una condición tal que permite escribir sobre ella y dejar una marca que dura por espacio de varios minutos antes de borrarse.

descarrilamiento ("pérdida de asociaciones"). Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación

mutua alguna o sólo están relacionadas tangencialmente. Al pasar de una frase u oración a otra el individuo cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar entre oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce dentro de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

deseo. En psicología y psicoanálisis, alude a algo ligado con los recuerdos inconscientes de la infancia. El deseo aspira a restablecer, de acuerdo con las leyes del proceso primario, los signos vinculados con las primeras experiencias de satisfacción. Es el resorte de los sueños; asimismo, es uno de los polos del conflicto defensivo. La separación entre el deseo y su "realización" constituye uno de los elementos esenciales de "progreso" para el ser humano.

desinhibición. Estado de liberación interna que anula la restricción que exhibe la conducta de un individuo.

desintoxicación. Proceso correctivo mediante el cual un individuo es removido y protegido del efecto de una intoxicación por psicotrópicos u otras sustancias. Se alude a la terapéutica del síndrome de intoxicación.

desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de dónde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

despersonalización. Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador externo (sintiéndose como si uno estuviera soñando).

desrealización. Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

detección y manejo oportuno de casos en la comunidad. Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.

diaforesis. Sudoración profusa.

diagnóstico dual (múltiple). Término que refiere a la comorbilidad o coocurrencia en un mismo individuo de dos patologías simultáneas, es decir, el trastorno por uso de psicotrópicos u otras sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Aunque se denomina *dual* puede referirse *a más de dos* condiciones sindromáticas que ocurren a la vez.

diagnóstico nosológico. Se refiere al nombre del trastorno o entidad clínica que representa una alteración de la salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

dialéctica. Ciencia filosófica que trata del raciocinio y de sus leyes, formas y modos de expresión. En cierto sentido se refiere a lo complementario

(contradicción) de ambas partes de un todo, como el "impulso natural del ánimo" que lo sostiene y guía en la investigación de la verdad.

diplopia. Imperfección funcional transitoria de la visión conjugada de los ojos por efecto de un fármaco. Es difícil distinguirla de la visión borrosa.

dis–. Prefijo que indica o significa dificultad, desorden, alteración, imperfección o mal estado.

disartria. Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular. Lenguaje farfullante; dificultad en la articulación de las palabras.

discinesia. Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

diselpidia. Desconfianza extrema.

disforia por la identidad sexual. Disgusto o molestia persistente por algunas o todas las características físicas o papeles sociales que connota el propio sexo biológico.

dislalia. Dificultad emisiva en la expresión verbal de las palabras debida a la alteración de los órganos del lenguaje.

disociación. Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

disolventes volátiles. Nombre genérico que se da en la CIE-10, OMS, a distintas sustancias de abuso con efecto psicoactivo, como hidrocarburos alifáticos y aromáticos (componentes de la gasolina, pegamentos, disolventes y pinturas en nebulizador). Los hidrocarburos halogenados son menos utilizados (limpiadores, líquido corrector de máquinas de escribir, nebulizadores), junto con otros compuestos volátiles (ésteres, cetonas y glicoles), otros ingredientes activos (tolueno, benzeno, acetona, tetracloroetileno, metanol y otras sustancias). Otras sustancias de la larga lista de tales compuestos incluyen gases anestésicos (óxido nitroso, éter) y vasodilatadores de acción corta (nitrito de arnilo o butilo —*poppers*—). Estas sustancias volátiles se encuentran en una amplia gama de productos comerciales y pueden ser tomadas intercambiándolas, dependiendo de su disponibilidad y de las preferencias personales.

disomnia. Trastornos primarios del sueño o del despertar caracterizados por insomnio o hipersomnia como principal síntoma actual. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

dispersión. Disgregación. *Véase descarrilamiento*.

disponente de sangre o alguno de sus componentes. Individuo que suministra sangre o alguno de sus componentes, obtenidos mediante procedimientos de extracción simple o aféresis.

distimia. Trastorno del estado anímico, sinónimo de depresión.

distonía. Alteración del tono muscular.

distractibilidad. Incapacidad para mantener la atención, esto es, el paso de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

disulfiram. Droga prototípica de sensibilización usada con fines terapéuticos; promueve reacciones adversas (flushing) al combinarse con ingestión de alcohol.

dopamina. Neurotransmisor presente en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación, y las sensaciones de placer.

doping. Uso o manejo de sustancias que artificialmente proveen a un individuo mejoría e incremento de su capacidad física o psicológica a efecto de potencializar su condición atlética.

droga. Sustancia química de origen natural, sintético o semisintético, con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos. En el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuya administración modifica las funciones biológicas, y posiblemente también la estructura del organismo. De manera resumida, se la define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. Usada en tal sentido se considera sinónimo de *fármaco*.

droga adictiva. Sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo de tal forma que produce un estado de *adicción*. En tal sentido se prefiere utilizar el nombre genérico de psicotrópicos (habitualmente usados con fines tóxicos), en contraposición al de psicofármacos (habitualmente usados con fines curativos).

droga ilegal o ilícita. Todo fármaco, adictivo o no, que puede causar daño al organismo o al *psiquismo* y que ha sido incluido en las listas de sustancias prohibidas que la legislación de cada país ha elaborado para los fines de proteger al individuo y a la sociedad (en tal sentido se prefiere usar el nombre genérico de psicotrópicos).

drogas de diseño. Grupo relativamente nuevo de sustancias con propiedades psicotrópicas estimulantes (anfetaminas de estructura química semejante; metanfetaminas), producidas específicamente, para su venta y consumo, en laboratorios clandestinos. Dícese, en tal sentido, que se "diseñan".

ecolalia. Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido, de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

ecopraxia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

educación antialcohol/antidrogas. Aportación y análisis de datos concretos sobre el alcohol (abuso de alcohol/adicción etílica) y otras drogas (abuso de

drogas/adicción) mediante, por ejemplo, conferencias, documentales o lecturas, con el objeto de provocar un cambio de actitud o de conducta.

educación para la salud. Proceso de enseñanza-aprendizaje que, mediante el intercambio y análisis de la información, permite desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

educación para la salud mental. Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

empatía, empatizar. Capacidad intelectual y afectiva de las personas para captar los fenómenos emocionales de otra persona como si fueran propios. Disposición fundamental del terapeuta para el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes.

empírico. Que se tiene confianza en cierta observación o experiencia, sin tomar en cuenta los principios teóricos o la teoría al respecto.

encargado. Persona responsable del establecimiento o el tratamiento de los usuarios.

encefalopatía. Enfermedad cerebral, cualquier enfermedad del encéfalo.

endócrino. Designación de los órganos o glándulas de secreción interna y todo lo relativo a los mismos.

endocrinopatía. Lo referente a las enfermedades de las glándulas.

enfermedad mental. Aquellas alteraciones de la salud mental consideradas en la Clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud: F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas. F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes. F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios. F32 Episodios depresivos. F33 Trastorno depresivo recurrente. F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. F38 Otros trastornos del humor (afectivos). F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. F41 Otros trastornos de ansiedad. F42 Trastorno obsesivo-compulsivo. F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F44 Trastornos disociativos (de conversión). F45 Trastornos somatomorfos. F48 Otros trastornos neuróticos. F50-59 Trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y con factores somáticos. F51 Trastornos no orgánicos del sueño. F52 Disfunción sexual no orgánica. F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor. F83 Trastorno específico del desarrollo mixto. F84 Trastornos generalizados del desarrollo. F93 Trastornos de las emociones de

comienzo habitual en la infancia. F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia. F95 Trastornos de tics. F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia. F99 Trastorno mental sin especificación.

entrenamiento conductual por autocontrol. Actividades encaminadas a enseñarle al paciente métodos para modificar sus hábitos de consumo de alcohol con objeto de que logre moderar su ingesta. Le enseña las maneras de reaccionar en situaciones de alto riesgo. En este método, al que también se conoce como *entrenamiento por autogestión,* a veces se utilizan guías de autoterapia.

entrenamiento en habilidades sociales. Alude al entrenamiento de habilidades conductuales que permitan el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales.

entrevista motivacional. Método centrado en el paciente dirigido a consolidar una motivación intrínseca para cambiar, explorando y resolviendo la ambivalencia.

epistaxis. Sangrado a través de la nariz. Hemorragia nasal.

erógeno. Que provoca sensaciones sexuales.

erótico. Relativo a las sensaciones sexuales o a sus estímulos.

erotismo. Término genérico que designa el ansia o excitación sexual, inherente a las membranas mucosas, la piel y los órganos de sensaciones especiales.

erotomanía. Exageración patológica de la conducta sexual (sensaciones, emociones, reacciones).

esplenomegalia. Crecimiento visceral anormal del bazo.

esquizofrenia. Tipo de psicosis. Los pacientes diagnosticados presentan alucinaciones que ocurren en ausencia de estímulos reales, dada su naturaleza patológica. Asimismo muestran discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico. El trastorno dura al menos seis meses e incluye al menos un mes con los síntomas de fase activa, incluidos dos o más de los siguientes síntomas: delirios, ilusiones, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento alterado y otros síntomas negativos.

establecimiento. En la NOM, todo aquel lugar, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, fijo o móvil, en el que se presten servicios de prevención, tratamiento y control a personas con problemas de consumo de sustancias psicotrópicas.

establecimiento para la atención médica. En la NOM, todo aquel lugar, fijo o móvil, público, social o privado, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.

estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, la alegría, la cólera y la ansiedad. A diferencia del afecto, que se refiere a cambios

más fluctuantes en el "tiempo" emocional, el estado de ánimo se refiere a un "clima" emocional más persistente y sostenido. Éstos son los tipos de estado de ánimo: *Disfórico*. Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad. *Elevado*. Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente "arriba", "en éxtasis", "en la cima del mundo" o "por las nubes". *Eutímico*. Estado de ánimo dentro de la gama "normal", que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado. *Expansivo*. Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios. *Irritable*. Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

estado de ánimo expansivo. Expresión de los sentimientos propios sin restricciones, frecuentemente asociados con una sobrestimación de la propia importancia o significación. Puede darse en presencia de algún efecto estimulante como parte de la euforia (cocaína o anfetamínicos).

estado intersexual. Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

estado paranoide. Trastorno psicótico en el cual un delirio, generalmente persecutorio o de grandeza, es la anormalidad esencial y explica los trastornos en el humor, la conducta y los pensamientos, incluyendo las alucinaciones que puedan presentarse.

esteatosis. Desarrollo de una colección grasosa dentro de un tejido o víscera, como en la *esteatosis hepática*.

esteroides. Grupo de hormonas sintéticas que afectan el proceso químico del funcionamiento corporal, sexual y fisiológico. Su efecto puede incrementar el volumen de la masa muscular que buscan algunos atletas para favorecer su capacidad de ejecución y rendimiento.

estigma. Asociación negativa vinculada a una actividad o condición; que ocasiona vergüenza o rechazo social.

estilo de vida. Conjunto de patrones de comportamiento que definen e identifican a una persona o un grupo a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los pares, las autoridades y la comunidad.

estimulante. Sustancia cuya acción sobre la mente es capaz de producir sentimientos de *euforia,* aumento del estado de alerta y disminución del apetito y de la sensación de fatiga.

estrategia de acercamiento. Estrategia que busca activamente a personas de una comunidad con posibles trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y

trastorno del sueño inducidos por sustancias), o bien los derivados de su consumo (dependencia y abuso), para su manejo inmediato.

estrategias de tratamiento. Manejo específico, intervención integral o técnicas terapéuticas merced a las cuales se obtiene control de dos o más trastornos, al combinarse en una sesión sola o interacción, o bien en una serie de interacciones o sesiones múltiples.

estrés. Respuesta fisiológica ante eventos psicológicos, en la cual están implicados ciertos estímulos con características específicas, respuestas emocionales, fisiológicas y cognitivas, así como variables que funcionan como mediadoras entre la presentación del estímulo y la respuesta autónoma que incrementa la actividad hormonal.

estresante psicosocial. Acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente) con el inicio, la ocurrencia o la exacerbación de un trastorno mental.

estupor, estado de. Condición en la que el individuo está parcialmente consciente o sensible. Insensibilidad acompañada de gran disminución de los movimientos espontáneos. Alude a la disminución de un nivel particular de conciencia; en éste puede haber causas tanto funcionales como orgánicas. Se aprecia en el consumo de algunas sustancias, la depresión y la esquizofrenia. Estado en el que no se responde a la estimulación; se acompaña de inmovilidad y mutismo.

etiología. Estudio de las causas de las cosas. En medicina alude al origen de las enfermedades.

etiopatogenia, etiopatogénico. Relativo al origen. Causalidad y desarrollo de las enfermedades; mecanismo del proceso de enfermedad.

euforia. Sensación de bienestar, elación.

evaluación clínica de los casos en programas profesionales. De acuerdo con las recomendaciones internacionales de los programas de tratamiento, debe contener las siguientes características: ocurre *a fortiori* previa al manejo de casos; investiga condiciones psicofísicas al arribo, así como evaluación psiquiátrica-psicológica y para el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad; elabora plan terapéutico o deriva a mejor alternativa de manejo; entrevista psicológica (autoinformes, observación de la conducta y pruebas (cuantitativo-cualitativas) psicométricas, proyectivas e inventario de personalidad.

exámenes de laboratorio mínimos indispensables. Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina. En caso de sospecha clínica de sida, se seguirán los criterios señalados en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por VIH.

expediente clínico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el profesional de la salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

exposición a estímulos. Exposición de los bebedores o usuarios de drogas al estímulo (vista, gusto, olfato) del uso de alcohol o drogas, sin proporcionarles la sustancia, con la suposición de que tal estímulo eliminará el deseo o la necesidad.

éxtasis. Término popular para designar la etilen-dioxi-metanfetamina (MDMA), un miembro de la familia de las anfetaminas. En dosis pequeñas, la MDMA causa la deformación de las percepciones emocionales. En dosis más altas esto causa el estímulo potente típico de las anfetaminas.

extraña, idea. Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del individuo consideraría totalmente inverosímil. *Inserción del pensamiento*. Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente. No congruente con el estado de ánimo. *Véase síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo*. *Persecutoria*. Idea delirante cuyo tema central consiste en que el individuo (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él. *Somática*. Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

factor de riesgo. Atributo o exposición de una persona o población, que están asociados con una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicotrópicas.

factores protectores. Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

fármaco. Término genérico que refiere por igual a una sustancia química, droga, medicamento o psicotrópico. En sentido estricto “droga medicinal” o “medicamento”, como los psicofármacos habitualmente usados en la clínica psiquiátrica. Sin embargo, se acepta en sentido amplio —a pesar de la confusión que pueda producir en el público y personas no iniciadas— como sinónimo de “droga” en general. Cuando se hace referencia a las drogas psicotrópicas —que habitualmente se usan por automedicación y para fines tóxicos, no curativos— se involucra en alguna forma a los psicofármacos (aunque éstos se prescriben por indicación, bajo esquema y con propósito curativo).

farmacocinética. Procesos de absorción, distribución y eliminación de los fármacos en el organismo.

farmacodependencia o drogadicción. Dependencia o adicción a una o más sustancias psicotrópicas. *Véase dependencia*.

farmacodependiente. Individuo que depende del uso de fármacos. Adicto.

farmacodinamia. Relativo a la dinámica y efectos que un fármaco tiene en el organismo.

farmacoterapia. Acción curativa que ejerce el profesional, a través del uso de psicofármacos, para la corrección de los estados mórbidos de los pacientes, dada la gran diversidad de modalidades y problemas a enfrentar. En psiquiatría de las adicciones alude a la corrección de los síndromes de intoxicación, abstinencia, adicción u otras condiciones que derivan del consumo —crónico— de psicotrópicos.

fase residual. Fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

fenciclidina y sustancias de acción similar (ketamina, ciclohexarnina y dizocilpina). Sustancias estimulantes-psicodislépticas desarrolladas inicialmente como anestésicos en los años cincuenta, que se convirtieron en drogas fácilmente accesibles en la calle en los años sesenta. Se pueden tomar por vía oral o intravenosa, o bien se fuman. La fenciclidina (vendida ilegalmente bajo una serie de nombres como PCP, polvo de ángel y píldora de la paz) es la sustancia más consumida en este grupo.

fenómeno de estela. Anomalía perceptual asociada con el consumo de psicotrópicos alucinógenos en la que los objetos en movimiento se perciben como una serie de imágenes independientes y continuas.

filosofía de los programas profesionales. Abordaje individualizado (sociocultural, biopsíquico y rehabilitatorio); modelo inter y transdisciplinario que combina profesionales y paraprofesionales; ambiente libre de drogas en instalaciones *ad hoc;* manejo residencial (urgencias e internamiento); ambulatorio (consulta externa); valoración integral: laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría; uso de instrumentos clínicos codificados; modalidades psicoterapéuticas de perspectiva cognitivo-conductual; supervisión de la rehabilitación escolar, laboral y sociofamiliar; discrimina y ataca las causas de recaída; apoya al paciente con grupos de ayuda mutua y gestiona servicios de casa de medio camino; impulsa crecimiento personal vía psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica; programas de capacitación profesional al profesional de la salud y de educación en salud mental; programas de investigación; publicación de sus resultados.

flashback. Trastorno que se presenta después del consumo de alucinógenos y como consecuencia de él, pero sin requerir nueva administración. Reviviscencia caracterizada por la presencia de síntomas variados, pérdida de las fronteras del yo e intensas emociones. Es episódico y generalmente de corta duración (de segundos a horas), y puede duplicar exactamente los síntomas de episodios alucinogénicos previos por diversas sustancias de esta índole. Puede precipitarse por fatiga, ingestión de alcohol o intoxicación por mariguana, entre otras.

flushing, síndrome de. Reacción idiosincrásica al alcohol.

fobia. Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo.

Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror. Temor morboso, obsesionante y angustioso que sobreviene de circunstancias determinadas, relacionadas con la vida psíquica inconsciente del paciente. Se usa como sufijo, por ejemplo en misofobia, miedo al polvo y a la suciedad, o acrofobia, miedo a las alturas.

formación reactiva. Actitud o hábito psicógeno en sentido opuesto al deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste, como pudor que se opone a tendencias exhibicionistas. Estas formaciones pueden ser localizadas o manifestarse por comportamiento particular, y pueden constituirse en rasgos de carácter más generalizados, integrados al conjunto de la personalidad.

frustración. Más allá de un cierto umbral, la frustración, es decir, la no realización de un deseo o de una necesidad, puede ser patógena, y suscita una fuerte agresividad y angustia; el desarrollo del yo, sin embargo, reposa sobre la frustración. Lo contrario de la frustración es la gratificación.

fuga de ideas. Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

ganglio. Engrosamiento en forma, tamaño y estructura variable en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

genética. Rama de la biología encargada de estudiar los problemas de la herencia. Relativo a la génesis u origen de las cosas.

gestión del estrés. Actividades encaminadas a incrementar la capacidad del paciente de relajarse y afrontar el estrés. Las actividades pueden abarcar ejercicios de relajamiento progresivo, retroalimentación biológica, meditación, desensibilización sistemática y otras técnicas conductuales.

ginecomastia. Crecimiento anormal de las mamas en el hombre.

grandeza, ideas de. Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, tales ideas pueden alcanzar proporciones delirantes.

grupo. El grupo es la forma de organización natural del ser humano, ya que el individuo es un producto de relaciones y sólo puede vivir en relación. Para Freud "todas las relaciones que, hasta el presente, han constituido el objeto de las investigaciones psicoanalíticas pueden considerarse, a justo título, como fenómenos sociales".

grupo de alto riesgo. Aquel en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas, por ejemplo niños y adolescentes de y en la calle.

grupo de ayuda mutua. Agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicotrópicas.

grupos con prácticas de (alto) riesgo. Aquellos que han demostrado, a través de estudios epidemiológicos, poseer mayor riesgo de adquirir infección por VIH/sida que el resto de la población. Pertenecen a estos grupos los varones homosexuales y bisexuales, los individuos heterosexuales (hombres y mujeres) con múltiples parejas sexuales, los dependientes de drogas de aplicación endovenosa, los hemofílicos y politrasfundidos, así como las parejas sexuales y los hijos de cualquiera de estos individuos. Debido a la extensión del problema, hoy es preferible hablar de individuos con prácticas de alto riesgo, y no de grupos.

habilitación. Aprendizaje y adquisición de habilidades para la vida diaria.

habla apremiante. Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y enfática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aun cuando nadie la escuche.

hematemesis. Vómito de sangre.

hemoptoico. Dícese del esputo contaminado con sangre. Expectoración sanguinolenta.

hepatitis. Inflamación del hígado acompañada de lesión tisular que daña la glándula y propicia riesgo de muerte. La hepatitis puede ser de duración limitada o una condición crónica. Puede ser causada por la infección viral o por la exposición crónica a venenos, productos químicos, medicamentos y psicotrópicos de abuso, como el alcohol.

heroína. Psicotrópico opiáceo semisintético derivado de la *morfina*. Es un potente *analgésico narcótico* que provoca también *euforia* y posee un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico.

hiper-. Prefijo que indica superior, arriba.

hiperacusia. Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

hipercapnia. Aumento de la concentración del CO_2 —bióxido de carbono— en la sangre.

hiperprosexia. Aumento de la atención, sinónimo de hipervigilancia.

hipersomnia. Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados. Trastorno del dormir. Exagerada tendencia de un organismo a mantenerse durmiendo o con sueño. Catalepsia

hipertermia maligna. Episodio de elevación grave y persistente de la temperatura corporal asociado con la ingestión masiva de sustancias, o de aquellas

especialmente lesivas o que alteran el equilibrio funcional del sistema nervioso central.

hipnosis aplicada a las adicciones. Hacer que la persona entre en trance hipnótico y en seguida darle instrucciones precisas para que modifique su futuro consumo de sustancias.

hipo-. Prefijo que indica inferior, abajo.

hipocondria. Preocupación excesiva sobre la propia salud que no se basa en una patología real, sino más bien en interpretaciones no realistas de los signos físicos, o de las sensaciones como anormales.

hipotensión ortostática. Un tipo de tensión arterial baja que se promueve cuando el individuo se levanta de súbito, cambia de postura o comienza a deambular.

hipotímico. Relativo al talante; disminución del estado del ánimo; tendencia a la depresión.

homeostasis. Concepto biológico fundamental aplicado a la medicina, que se refiere al equilibrio funcional y dinámico del organismo. Es llamado también "estado estable".

hospitalización. Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

iatrógeno. Relativo al médico. Acción o efecto producido por el médico o los medicamentos. Imputable a la acción y la participación de la actividad médica en cualquiera de sus formas.

ice. Término del argot para referirse a la forma fumada de la metanfetamina. Tal como ocurre con la cocaína (de primera), se prepara para su consumo vía inhalación (fumada), a temperaturas relativamente bajas, de modo que produzca un vapor. Su efecto es euforia, energía y agitación, seguidas de un periodo de depresión profunda.

ictericia. Signo de alteración o mal funcionamiento hepático consistente en la aparición de color amarillento en conjuntivas y piel, debido a la elevación de las bilirrubinas en el torrente sanguíneo, y por hemólisis.

idea delirante. Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa, que es firmemente sostenida a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el individuo (no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuo y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el

caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes. *Celos delirantes*. Idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual. Congruente con el estado de ánimo. *Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. *De grandeza*. Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación con una deidad o una persona famosa. *De referencia*. Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del individuo adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia. *De ser controlado*. Idea delirante en la que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa, más que bajo el de uno mismo. *Difusión del pensamiento*. Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser oídos por otros. *Erotomaniaca*. Idea delirante de que otra persona, habitualmente de estatus superior, está enamorada del individuo. Idea firme y fija que no responde a las explicaciones racionales, mantenida en contra de los argumentos lógicos y a pesar de la evidencia objetiva en contrario.

idea sobrevalorada. Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el individuo es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a la que pertenece el individuo.

ideación paranoide. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

ideas de referencia. Sensación de que ciertos incidentes causales o determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado, que es específico para cada individuo. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

identidad sexual. Convicción interna —psíquica e involuntaria— de una persona acerca de ser varón o mujer.

ilusión. Percepción distorsionada o mala interpretación de un estímulo sensorial real. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, como oír el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces. *Véase también alucinación*.

imaginación. Función psíquica que desempeña un importante papel en el ejercicio de determinadas actividades psíquicas. La función imaginativa está en la base de toda creatividad, de toda inventiva.

incoherencia. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada "ensalada de palabras", para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, falta de escolarización o bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

inconsciente. En el marco de la primera tópica freudiana, el sistema inconsciente designa el conjunto dinámico de los deseos, tendencias, recuerdos reprimidos, que, a diferencia del sistema preconsciente, no pueden llegar al campo actual de la conciencia. Estos contenidos están regidos por los mecanismos del proceso primario; desconocen el tiempo y la contradicción. Cargados con fuerza, los recuerdos o los deseos reprimidos tratan de hacer un retorno en la conciencia y en la acción (retorno de lo reprimido). Pero no pueden tener acceso a la conciencia sin haber sido antes sometidos a las deformaciones de la censura.

inhalable. Sustancia volátil que se administra para su consumo, de fines tóxicos, a través de las vías respiratorias. Entre ellos se encuentran los disolventes, pinturas, lacas, barnices, pegamentos, adhesivos, etcétera.

inhalante, inhalador. Dícese de quien consume inhalables.

inhibidor de proteasa. Medicación usada para tratar el VIH ya que interfiere con la acción de esta enzima y bloquea la reproducción viral.

insight. Término inglés, traducido como "conocimiento de sí mismo". Introspección.

insomnio. Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Éstos son los tipos de insomnio: *Insomnio inicial:* dificultad para conciliar el sueño. *Insomnio medio:* despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades. *Insomnio terminal:* despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reiniciar el sueño.

integración. En el contexto de los programas de tratamiento, denota la estrecha relación entre salud mental y ambos grupos de trastornos: los inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias), y los derivados de su consumo (dependencia y abuso).

interconsulta. Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del

médico tratante.

interpretación. La interpretación es la comunicación que el psicoterapeuta hace al paciente, con el objeto de hacerle acceder a ese sentido latente. La interpretación se aplica a todas las producciones del inconsciente. El modelo de interpretación de los sueños, por debajo del contenido manifiesto, revela el contenido latente.

intervención. Estrategia de tratamiento específica, terapia o técnica, usada para tratar uno o varios trastornos.

intoxicación (síndrome de). Síndrome reversible específico de la sustancia de que se trate, debido a su reciente ingestión o exposición. Los cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos (agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después, e implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico varía entre las personas y depende de la sustancia implicada, la dosis, duración o cronicidad de su uso, la tolerancia del individuo a los efectos de la sustancia, el tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia, y el entorno o lugar en el que se ha consumido la sustancia. Los síntomas y signos difieren según su consumo sea inmediato o agudo, o sostenido o crónico. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) pueden producir síntomas idénticos. Por ejemplo, tanto la intoxicación por anfetaminas y metanfetaminas como por cocaína pueden dar lugar a ideas megalomaniacas e hiperactividad, acompañadas de taquicardia, midriasis, hipertensión y traspiración o escalofríos. También el alcohol y sustancias como los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos producen síntomas de intoxicación similares. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del entorno y del contexto social; el comportamiento desadaptativo sitúa al individuo en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los signos y síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Esto puede ser debido a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales, o al efecto de “ataque y retirada”, por el que la sustancia altera el proceso fisiológico y la recuperación dura más tiempo que el necesario para la eliminación de la sustancia. Estos efectos de intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia, los síntomas que se inician por un descenso de las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos. Como en la

abstinencia, otros factores a considerar para su diagnóstico y tratamiento son la evaluación clínica completa (exploración física y patología asociada); vía de administración de las sustancias; presuntas responsables de los cuadros; rapidez de inicio con cada tipo de sustancia y duración de los efectos; vida media de las sustancias; policonsumo y duración de los efectos; trastornos mentales asociados y patrón familiar; diagnóstico diferencial y otros trastornos mentales inducidos por sustancias; síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; uso adecuado de las pruebas de laboratorio y gabinete; procedimiento de tipificación de la intoxicación y abstinencia y curso clínico del síndrome; deterioro y complicaciones.

ipsilateral. Del mismo lado.

juego patológico. Enfermedad cuyo rasgo esencial es la persistencia maladaptativa y recurrente en los juegos de azar, cuyo comportamiento afecta, interrumpe o daña las relaciones personales, familiares y socioprofesionales.

lentitud psicomotora. Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

libido. Este término designa la energía de las pulsiones sexuales; implica tomar en cuenta el punto de vista económico. “Designamos, así, con él la energía de las pulsiones relacionadas con todo aquello susceptible de ser abarcado con la palabra amor.”

linfadenitis. Inflamación de los ganglios linfáticos. Adenitis.

líquidos de riesgo. Sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, líquido preeyaculatorio, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial y leche materna.

macropsia. Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que son.

mal viaje. En el argot de los consumidores de sustancias se refiere a la mala experiencia dada por el uso de un determinado psicotrópico, como los alucinógenos, las anfetaminas y otros estimulantes, por ejemplo los antihistamínicos y los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

marcador biológico. Compuesto biológico que brinda evidencia de la presencia o vulnerabilidad de un trastorno específico.

mariguana. Sustancia psicoactiva estimulante-psicodisléptica derivada de la planta cannabis. El delta-9-tetrahidrocannabinol es el responsable de sus efectos. Tiene distintos efectos sobre el cerebro (la intoxicación produce euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargo, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente. En ocasiones aparece ansiedad (que puede ser grave),

disforia o retraimiento social. Estos efectos se acompañan de irritación conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia.

mecanismo de defensa. Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (proyección, dicotomización y *acting out*) son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos, en función de su gravedad, su inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

medicamento. Sustancia química usada con fines curativos, por medio de una dosis y en respuesta a una indicación diagnóstica, terapéutica o rehabilitatoria. En tal sentido alude a los p*sicofármacos*.

medicamento agonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

medicamento agonista/antagonista. Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos mu, kappa y delta), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

melena. Evacuación de heces con sangre digerida.

metadona. Opiáceo sintético usado en la terapia de mantenimiento de los pacientes dependientes de opiáceos.

micropsia. Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

midriasis. Dilatación pupilar. Es resultante de efectos anticolinérgicos o drogas similares. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases), como en la intoxicación por anfetaminas —metanfetaminas— o cocaína, pueden provocarla; lo mismo ocurre en el caso del alcohol u otros sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

miliequivalentes por litro; mEq/l. Unidad internacional que designa la expresión de la concentración de una sustancia contenida en un litro de solución.

miosis. Constricción pupilar. Es resultante, por lo general, de intoxicación por opiáceos.

morbilidad. Término con el cual se hace referencia al número de enfermos de un padecimiento dado, dividido entre la población expuesta al riesgo de

adquirirlo, multiplicado por una constante (generalmente cien mil).

morboso. Relativo a la enfermedad, que la causa o concierne a ella. Enfermizo.

morfina. Sustancia psicotrópica prototípica de las drogas *opiáceas* de efecto *analgésico* que produce, además, euforia con somnolencia placentera, y que posee un alto potencial adictivo.

movimientos estereotipados. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, mordisquear objetos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

naloxona. Bloqueador de los receptores opiáceos que antagoniza las acciones de las drogas opiáceas, revirtiendo la intoxicación. Se prescribe para el tratamiento de la sobredosis de este tipo de sustancias.

narcolepsia. Trastorno caracterizado por deseos incontrolables de sueño profundo.

narcóticos o drogas narcóticas. Sustancias psicotrópicas —ilegales— que en dosis terapéuticas disminuyen la sensibilidad, alivian el dolor y producen sueño (narcosis, de ahí su nombre), pero que en grandes dosis causan *estupor,* coma o convulsiones e incluso la muerte. Dícese de las drogas “fuertes” con poder adictivo alto, de las que equivocadamente la gente cree, por igual, que son narcóticos. Por ello vale decir que no todos los psicotrópicos de abuso y adicción son narcóticos (sólo algunos de los sedantes disponibles que sean derivados de los opiáceos).

negación. Proceso en el que el individuo, a pesar de formular alguno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose, negando que le pertenezcan.

neuroadaptación. Cambios neuronales asociados con la tolerancia y la aparición del síndrome de abstinencia son explicados por este mecanismo fisiológico.

neuroléptico. Psicofármaco tranquilizante mayor conocido por su acción antipsicótica. Incluye fenotiacinas (cloropromacina y tioridacina) y butirofenonas (haloperidol). Medicación con la que suelen tratarse algunos trastornos mentales como las psicosis, sobre todo la esquizofrenia. Se usa también en diferentes indicaciones médicas psiquiátricas.

neurosis. Afección psicógena cuyos síntomas son expresión simbólica de un conflicto psíquico, que tiene sus raíces en la esfera infantil del individuo y representa compromisos entre el deseo y la defensa. Sus diversas manifestaciones han permitido clasificarla en varios tipos.

neurotransmisores cerebrales. Nombre asignado para referirse, de modo general, a las distintas sustancias cerebrales que permiten la neurofisiología (nerviosa y mental) del ser humano. Incluyen dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA y sus metabolitos respectivos, entre otras.

nicotina. Compuesto psicoactivo de tipo alcaloide, de efecto estimulante y relajante a la vez, que es el principal componente del tabaco. Puede consumirse en distintas modalidades de tabaco (cigarrillos, pipa y puros, en polvo, con la toma de medicamentos, como parches y chicles de nicotina).

nistagmo. Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

nosografía. Clasificación de enfermedades.

nosología. Descripción del cuadro clínico de un trastorno particular en una clasificación de enfermedades.

nosológico. Referente a la nosología. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de la descripción, diferenciación y clasificación de las enfermedades.

objetivo (ser); objetivismo. Relativo al objeto. Tendencia a ver las cosas como son. Dícese de lo que existe fuera del sujeto que lo capta y existe realmente, tal cual es en el mundo. Contrario a subjetivo; subjetivismo.

objetivos y acciones de la psicoterapia en adicciones. La terapia psicológica del paciente abusador/adicto se caracteriza por diversos objetivos según sean los casos, pero converge, la mayoría de las veces, en: toma de conciencia de enfermedad; manejo de mecanismos defensivos; desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas, desarrollo de tolerancia a la frustración, a la demora, y desarrollo de control de los impulsos. Sus acciones se dirigen a informar y desmitificar; dar educación preventiva; dar promoción continua a la rehabilitación; conocimiento individual conyugal y familiar, para solucionar conflictos vinculados a la adicción; mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas; refuerzo de actividades de grupos de ayuda mutua y/o psicoterapia; psicoterapia psicodinámica para consolidar conocimiento, eventual restructuración de la personalidad y despliegue de hábitos saludables bajo vigilancia estrecha.

odinofagia. Dolor de la cavidad bucal al deglutir.

ontogenia; ontogénico. En fisiología se refiere a la formación y desarrollo del individuo considerado con independencia de la especie.

ontología; ontológico. Parte de la metafísica que trata del ser en general y de sus propiedades trascendentes.

opiáceos. Sustancias psicotrópicas —ilegales— derivadas del opio, que tienen la propiedad común de suprimir el dolor, producir euforia con somnolencia placentera (narcosis) y causar dependencia. Su potencia es tan elevada, y su acción tan rápida, que tienen un alto potencial adictivo. Este grupo de sustancias tiene varios efectos (analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusígenos). Existen varios tipos: naturales (morfina), semisintéticos (heroína), y sintéticos con acción similar a la de la morfina (codeína,

hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina, fentanilo), y medicamentos (pentazocina, buprenorfina). La droga de la que más se abusa es la heroína, habitualmente por vía intravenosa, aunque también puede fumarse o aspirarse cuando se dispone de heroína muy pura.

organización. Entidad o institución que proporciona servicios de salud mental en diferentes instancias de servicio (hospitalización, residencial o ambulatorio); no obstante, no se clasifica como hospital psiquiátrico o general ni como centro de tratamiento residencial.

paciente. Beneficiario directo de la atención médica. En la NOM, se alude a la persona infectada asintomática y/o enferma de sida.

pancitopenia. Reducción del número de eritrocitos, neutrófilos y plaquetas en la biometría hemática.

papel o rol sexual. Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive papeles sociales estereotipadamente "masculinos" o "femeninos".

parafernalia. En adicciones, término amplio que describe los objetos usados durante la preparación química o el uso de drogas de abuso. Éstos incluyen jeringuillas, agujas de jeringuilla, clips de escarcho, mariguana o tubos de ensayo, ligas, cucharas, goteros, etcétera.

paranoia. Tipo de ilusión o idea falsa que no se altera por vía del argumento razonado o prueba en contrario. La paranoia clínica implica la ilusión de que la gente o los acontecimientos están, de algún modo, relacionados con la persona afectada. La gente paranoide puede creer que los demás hablan de ellos, trazando proyectos desviados o planeando hacerles daño. A menudo ocurre durante episodios de consumo crónico o en dosis altas, o bien durante la abstinencia de hipnóticos o sedantes del tipo del alcohol.

parasomnia. Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

parestesias. Nombre que se da a la sensación de hormigueo de un miembro, como cuando su irrigación está siendo insuficiente. Sensación de "dormido o entumecido".

parontofobia. El grado más extremo del rechazo e inadaptación. Fobia extrema.

participación comunitaria. Proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

participación social. Proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

patogenia; patogenicidad. Mecanismo de producción involucrado en la génesis de una enfermedad. Etiopatogenia: origen del proceso morboso.

patognomónico. El signo o síntoma específico inequívoco de una enfermedad; basta con su sola presencia para asentar el diagnóstico correspondiente.

patosexualidad. En medicina es un término que se usa para designar los aspectos anormales y enfermizos de la sexualidad humana.

patrón de consumo o historia de consumo. Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

pensamiento mágico. Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

pérdida del control. Inhabilidad para modular la cantidad y frecuencia de consumo de psicotrópicos u otras sustancias, que impide el cese del consumo.

personalidad. Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

placebo. Fármaco o procedimiento que no tiene principio activo curativo en sí y que obra por sugestión. Efecto placebo: el efecto que ocurre sin base farmacológica real; de origen psicológico.

plan de cuidados posteriores del paciente abusador/adicto. Se basa en la identificación de condiciones de riesgo de consumo, técnicas y estrategias; detección del deseo-necesidad imperiosa de consumo y conducta de búsqueda de la sustancia (craving) y estrategia de afrontamiento de problemas; uso de capacidades para reaprender mecanismos de abordaje de conflictos y promoción del crecimiento y participación social con seguimiento a largo plazo; apoyo en grupos de ayuda mutua y psicoterapia psicodinámica reconstructiva y de mantenimiento de la abstinencia.

potencial de dependencia. La propensión que presenta una sustancia como consecuencia de sus efectos farmacológicos sobre las funciones fisiológicas o psíquicas que dan por resultado un aumento de la dependencia de una sustancia.

práctica sexual protegida. Aquella en la cual existe penetración, pero se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

práctica sexual segura. Aquella en la cual no existe penetración ni traspaso de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre.

prácticas (sexuales) de alto riesgo. Actividades que aumentan las posibilidades de adquirir una enfermedad. En el caso de la infección por VIH/sida se incluyen prácticas sexuales tales como el coito anal y vaginal sin condón con múltiples compañeros, compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas intravenosas y otras, especialmente en aquellas en que existe penetración pene-ano, pene-vagina, pene-boca, boca-genitales externos, sin el uso correcto de una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre. Tales prácticas a menudo se encuentran en pacientes abusadores y adictos a psicotrópicos.

precauciones estándar. Técnicas para el manejo de pacientes por parte del profesional de la salud que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales.

prevalencia. En epidemiología, el número de casos habituales que existen de un problema determinado, sobre los cuales se suman los casos nuevos (incidencia).

prevención. Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicotrópicas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados con el uso de estas sustancias.

prevención de recaídas. Actividades cuyo objetivo primordial es enseñar a los pacientes técnicas para manejar situaciones de alto riesgo de recaídas y para incrementar la confianza en sí mismos (grado de autoeficacia).

principio del placer. Uno de los dos principios que según Freud rigen el funcionamiento mental. El conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer.

problemas legales. Tipo de problemática que con frecuencia tienen los consumidores de sustancias, población proclive a tener mayor riesgo de caer en conductas de alto riesgo. Tales comportamientos pueden causar la detención y otros problemas jurídicos. Ejemplos de tales comportamientos son la conducción de vehículos automotores en estado de intoxicación, actos delictivos para obtener dinero o sustancias, omisión del pago de cuentas, deudas de tarjeta de crédito, posesión o venta de drogas, desahucios y violencia relacionada con la obtención de sustancias, actividades no remunerativas e ilegales, etcétera.

pródromo. Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

programa de salud mental. Serie organizada de servicios e intervenciones cuyo enfoque primario es el tratamiento de los trastornos mentales y proporcionar estabilización de problemas agudos y la terapéutica relativa al manejo inmediato y a largo plazo de los casos.

programa integrado. Programa de tratamiento que combina activamente el manejo del abuso de sustancias con intervenciones de salud mental, para tratar las alteraciones y problemas del paciente con más eficacia.

programa profesional antiadictivo. Las actividades terapéuticas profesionales se caracterizan por las acciones y objetivos que realizan, las que difieren mucho de las no profesionales: disminuir factores de riesgo de consumo e incrementar factores protectores; incorporar a la familia al tratamiento y al seguimiento posterior; favorecer proceso autogestivo a la comunidad; iniciar de modo expedito la rehabilitación; generar noción de una vida sana sin drogas, prevención de recaídas, promoción de crecimiento personal, investigación epidemiológica, clínica aplicada y sociomédica; capacitación, actualización y supervisión profesional clínica y asesoría a instituciones de salud y otras; generar conciencia de efectos nocivos del consumo de psicotrópicos y disminuir el impacto social asociado con el consumo de alcohol y otras drogas. Además, las características de los programas profesionales reúnen, por lo general, los siguientes rasgos: integración psicomédica y psiquiátrica en todas sus acciones, acorde con la legislación de la salud; se basa en la historia natural de la enfermedad; prioriza la ubicación, orden de actuación y eficacia de sus procedimientos; utiliza en forma consecutiva los perfiles profesionales (equipo de salud) y el procedimiento se inicia con el ingreso del paciente; no actúa fuera del recinto; incluye acciones evaluativo-correctivas que se aplican una vez controlado el cuadro agudo; atiende a la vez sintomatología adictiva y comórbida; busca remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable. Los programas actúan a través de las siguientes acciones: farmacoterapia; psicoterapia individual y grupal; psicoterapia de grupo de familias-orientación familiar; círculo de lectura dirigida; cine-debate terapéutico; actividades culturales, recreativas y deportivas dirigidas y *ad libitum;* grupos de ayuda mutua.

promoción de la salud. Acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

promoción de la salud mental. Es una estrategia concreta; se la concibe como la suma de las acciones que ponen en práctica los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

pronóstico. Juicio de un clínico acerca de un caso o estimación respecto a la respuesta que puede observarse de un trastorno o condición clínica, en relación con su tratamiento.

propósitos de la acción psicoterapéutica individual. Ubicar la etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual; fomentar el manejo

antiadictivo (comorbilidad), evitando recaídas y generando la abstinencia; promover la motivación de cambio, el suministro de información específica y el impulso a la alianza terapéutica; eliminar la culpa, impulsar la responsabilidad y desmitificar creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva; educar y conducir al paciente a la preparación de la etapa de restructuración de su proyecto de vida. El uso de entrevistas clínicas y la aplicación de la batería psicológica tienen el propósito de establecer el análisis de personalidad actual-premórbida y actuación durante el abuso-adicción; la tipificación de la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones; generar la unión paciente-técnica-terapeuta que permita asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio. El paciente no podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico.

proyección. Designa a la operación mental por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en otra persona o cosa cualidades, sentimientos y deseos, incluso objetos que no reconoce y rechaza de sí mismo. Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia.

prueba de realidad. Proceso postulado por Freud que permite al sujeto distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior de los estímulos internos, y evitar la posible confusión de lo que el sujeto percibe y lo que meramente se representa.

pruebas de tamizaje. Las de laboratorio para la detección de anticuerpos antiVIH, en plasma o suero sanguíneo. Incluyen metodologías como ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.

pruebas específicas. Las de laboratorio que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo.

pruebas suplementarias. Las de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos antiVIH en suero sanguíneo. Incluyen metodologías como la inmunoelectrotransferencia (Western blot), inmunofluorescencia, radioinmuno-precipitación (RIPA).

psicodislépticos. Nombre que reciben las sustancias estimulantes que producen una acción distorsionante de la fisiología normal del cerebro, lo que da por resultado un cuadro de inducción farmacológica semejante a la psicosis.

psicofármaco. Sustancia, droga o medicamento que actúa sobre la mente y obedece a una prescripción, dada bajo indicación profesional, y cuya utilidad sirve al propósito curativo y es, por lo tanto, signada por el facultativo, bajo su responsabilidad y vigilancia, como los antidepresivos, tranquilizantes y otros. En tal sentido se usa en contraposición a psicotrópico.

psicogénesis. Evolución o desarrollo de la mente. Causalidad de los fenómenos psicológicos y su consecuencia.

psicopatología; *psicopatológico*. Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

psicoplasticidad. Aptitud generalmente histérica para desarrollar síndromes patológicos.

psicosis. Trastorno mental en el que está deteriorada la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y conducirse de modo adecuado. Suele cursar con delirios y alucinaciones.

psicosis anfetamínica. Trastorno caracterizado por ideas delirantes de tipo paranoide, frecuentemente acompañadas por alucinaciones auditivas o táctiles, hiperactividad y labilidad en el talante, que se desarrolla durante o inmediatamente después del uso moderado o intenso de productos anfetamínicos (simpaticomiméticos). Típicamente la conducta exhibida es hostil e irracional y puede desencadenar violencia sin motivación aparente.

psicoterapia. Refiere al tratamiento de los conflictos mentales por medio de la palabra y otros elementos psicológicos de ambos participantes (médico y paciente) y de ciertas técnicas destinadas *ex profeso*. Sus objetivos, en general, se dirigen a eliminar, atenuar o modificar los síntomas de un trastorno mental (primario o secundario). Existen distintas variedades según sea su indicación y los recursos para ello (individual, de pareja, grupo o familiar), además de sus enfoques y conceptuación teórico-práctica. En sentido amplio, tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, a través de sugestión, persuasión, confrontación, interpretación y otros agentes psíquicos considerados inespecíficos. Las modalidades aludidas en el texto son individuales, de pareja, grupal y familiar.

psicoterapia orientada hacia la introspección. Actividades individuales o de grupo que consideran que los problemas de alcohol o de drogas son los síntomas de una psicopatología subyacente y que buscan resolver los conflictos a través del uso de interpretaciones y el desarrollo de la comprensión de sí mismo. A veces se la denomina terapia orientada hacia la introspección, para diferenciarla de la consejería *(counseling),* la cual se centra más en el presente y en la resolución de problemas.

psicótico. Término que ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). El término define conceptualmente la pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad. Basándose en sus rasgos característicos, los

distintos trastornos del DSM-IV-TR subrayan diferentes aspectos de las definiciones de psicótico.

psicotomimético. Fármaco estimulante. Analéptico. Inductor de estimulación psíquica.

psicotrópico (droga, droga psicoactiva, psicodroga). Sustancia que altera el proceso y curso normal de las funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.). Aunque todas las sustancias que actúan sobre la mente genéricamente significan lo mismo —psicofármaco, psicoactivo y psicotrópico—, se usa este último adjetivo calificativo para diferenciar el uso de las sustancias con acción sobre la mente que se utilizan sin propósito médico (automedicación), de las drogas curativas, medicamentos o psicofármacos, cuya prescripción obedece a una indicación de salud y es dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia, como los antidepresivos, tranquilizantes y otros.

psíquico. Vida mental, incluyendo ahí la consciente e inconsciente.

psiquismo. Este término se utiliza, de manera general, para referirse a las funciones mentales de un individuo: el pensamiento, el juicio, el razonamiento, etcétera.

pulsión. Concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Designa un proceso dinámico que tiene su fuente en una excitación corporal localizada. La pulsión moviliza el aparato psíquico, al igual que la motricidad, de modo que ponga en acción una conducta que concluya por descargar la tensión existente en el nivel somático. Esta descarga constituye el "fin" de la pulsión, que se logra con la ayuda de un "objeto".

rabdomiólisis. Lesión muscular destructiva causada por la acción directa de las toxinas o fármacos responsables de la intoxicación, a menudo desencadenada por cocaína, estimulantes y simpaticomiméticos de acción similar.

rash. Alteración (dermatológica) cutánea consistente en la aparición de una mácula rosácea irregular formada por pequeñas lesiones elevadas, puntiformes y pruriginosas o no, que desaparecen momentáneamente a la presión de la piel.

reacción adversa a drogas. En el campo farmacológico y médico general se usa para denotar una reacción física, y con menos frecuencia de índole psicológica, a un agente terapéutico, la cual puede predecirse como alérgica o idiosincrásica. Mal viaje.

reacción al alcohol (flushing) Síndrome caracterizado por el enrojecimiento de cara, cuello y hombros tras la ingestión del etanol y en reacción a él.

reacción de antabuse. La reacción de una sustancia por efecto de su combinación con el etanol (flushing, a nivel dérmico; de otras reacciones vasculares, a nivel sistémico). Efecto disulfiram.

reacción idiosincrásica. Respuesta personalizada a cualquier sustancia, impredecible y sin relación con la droga, caracterizada por sedación o euforia, reacciones vasculares, espasmo carpo-pedal, apnea y otros.

recaída. El reingreso al consumo de sustancias tras haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia. Representa el episodio interactivo que caracteriza la evolución clínica de los casos de pacientes abusadores y adictos a psicotrópicos y otras sustancias. Se considera una dificultad para cambiar o mantener el proceso de cambio esperado.

recomendaciones acerca del manejo de la dependencia (adicción) a psicotrópicos. En muchos casos el paciente adicto requiere la participación en un programa profesional. Habitualmente estos programas intentan desarrollar las siguientes metas: terapéutica residencial oportuna y de calidad; diagnóstico integral (biopsicosocial); abstinencia total y permanente y tratamiento personalizado (CIE-10; DSM-IV-TR); conciencia de enfermedad y capacidad para autogestión; fomento-mantenimiento de la abstinencia; acceso permanente a información científica sobre el problema y actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia; acciones preventivo-rehabilitatorias a la comunidad; mantener el propósito de continuar tratamiento a largo plazo.

recuperación. Estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

reducción de la demanda. Término usado en las políticas y programas dirigidos a reducir la solicitud o petición de psicotrópicos u otras sustancias por parte de las personas. Se aplica primariamente a las drogas ilegales, en particular para referirse a las estrategias educacionales terapéuticas y rehabilitatorias como contraparte de aquellas de tipo legal, y de persecución de la producción y distribución social de drogas (disponibilidad).

referencia-contrarreferencia. Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

reflejos osteotendinosos. Reacción involuntaria del tendón muscular esquelético a la estimulación profunda.

reforzador. Cualquier estímulo situacional cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con que se manifiestan ciertas conductas.

reforzamiento comunitario. Un enfoque de gran amplitud que pretende cambiar el entorno del consumo de alcohol o del uso de drogas de un individuo proporcionándole a éste intervenciones como farmacoterapias, ayuda para encontrar empleo, orientación en materia de relaciones y esparcimiento, etcétera.

rehabilitación. Actividad médica destinada a limitar la incapacidad existente en un organismo, producida por la enfermedad. Se considera parte del tratamiento de cualquier afectación psicorgánica. En adicciones se usa como parte de la estrategia curativa tras haberse controlado la etapa inicial o aguda del cuadro y haberse modificado la voluntad del paciente (abusador o adicto) para aceptar su enfermedad y trabajar por la recuperación psicosocial de su persona, habitualmente afectada por la enfermedad a partir de su carácter crónico y reiterativo. De acuerdo con ciertos criterios terapéuticos se espera que ocurra por lo menos a lo largo de los cinco primeros años de tratamiento, dado que el padecimiento puede afectar muchos años de la vida del paciente.

rehabilitación del adicto. Proceso por el cual un individuo con un trastorno de empleo de sustancias psicoactivas o psicotrópicas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

rehabilitación integral. Conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida sociocultural.

reinserción social. Conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicotrópicas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

remisión. Estado en el cual un trastorno mental o físico ha sido vencido, o detenido un proceso de enfermedad.

represión. Operación mental por medio de la cual un sujeto intenta rechazar o mantener inconscientes representaciones, pensamientos, imágenes o recuerdos ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de la pulsión que fuera susceptible de provocar por sí misma placer, como el sexo, ofreciera el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

resbalón. En el argot, se considera el episodio de consumo inicial, breve o de poca repercusión clínica, tras un periodo de sobriedad.

resistencia. Designa todas las fuerzas que se oponen al tratamiento terapéutico. Freud habla asimismo de la resistencia al psicoanálisis en un sentido mucho más amplio: como molestia psicológica, el psicoanálisis suscita infaltablemente “resistencias”.

resumen clínico. Documento elaborado por un médico en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, asentados en el expediente clínico. Deberá contener, como mínimo, padecimiento actual,

diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

retención de tratamiento. Guarda a los pacientes implicados en actividades terapéuticas a efecto de recibir los beneficios de los servicios requeridos.

retrospectiva. Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Nombre genérico que reciben los ansiolíticos y sustancias afines (benzodiacepinas, zolpidem y zaleplon, carbamatos —glutetimida, meprobamato—, barbitúricos —secobarbital— e hipnóticos afines a los barbitúricos —glutetimida, metacualona— y anticonvulsivantes).

seguimiento (postratamiento). Recursos o servicios que se ofrecen a los pacientes que necesitan apoyo continuo y otros servicios después de su tratamiento.

seropositividad. Alude a la prueba inmunológica que sale positiva en el suero sanguíneo (VIH positividad).

serotonina. Neurotransmisor relacionado con los estados de conciencia, ánimo, depresión y ansiedad.

sexo. Estatus biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

sexualidad. Campo de las pulsiones, deseos, actividades (y sus trasposiciones por transferencia, sublimación, etc.) relativos a la vida sexual.

signo. Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado (soplo cardiaco, anormalidades de la presión arterial, alteraciones del pulso, etc.), caracterizados por un hallazgo clínico observable y mensurable.

signo de Romberg (positivo). Evidencia neurológica que se muestra ante la ataxia e incoordinación del individuo para la bipedestación estable. Se explora con los pies juntos y brazos extendidos al frente y cabeza echada hacia atrás al mostrarse el balanceo.

simbiosis. Término controvertido, ampliamente usado; a diferencia del campo de la biología, donde se utiliza para describir la participación de dos organismos que sacan provecho de una vida en común, en psicología se refiere a menudo a aquella condición enfermiza de relaciones de dependencia emocional de uno hacia el otro de los miembros de una pareja.

simpaticomiméticos. Fármacos agonistas; tienen efectos semejantes a los causados por el sistema simpático. Sinónimo de estimulante.

síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir patogenia, evolución, antecedentes familiares o selección terapéutica comunes. Estado patológico producido por una o varias causas a la vez, que se manifiesta en un conjunto de signos y síntomas más o menos

típicos, que puede caracterizar, a su vez, un estado mórbido particular, tales como el síndrome de intoxicación por psicotrópicos (sedantes, estimulantes o psicodislépticos), el síndrome de abstinencia, etcétera.

síndrome alcoholofetal (alcohólico fetal). Nombre que designa a la afectación directa producida por el consumo abundante de alcohol durante el embarazo sobre el crecimiento y desarrollo ponderal del recién nacido, que se evidencia generalmente en talla pequeña, peso menor del esperado en promedio y retardo mental persistente, y demás alteraciones físicas, que pueden incluir malformaciones congénitas de corazón, grandes vasos, extremidades o paladar, entre otras.

síndrome amnésico (inducido por drogas). Es el daño crónico y a menudo de gran magnitud ocurrido sobre la memoria reciente o remota, producido por el uso de psicotrópicos y/o alcohol.

síndrome amotivacional. Alude a la constelación de hallazgos clínicos asociados con el uso de sustancias, tales como apatía, pérdida de la efectividad, disminución de la capacidad de realizar planes a largo plazo, poca tolerancia a la frustración, alteración de la capacidad de concentración y dificultad para continuar rutinas elementales o simples. Se asocia con el consumo prolongado de mariguana y otros psicotrópicos, pero está íntimamente vinculado a la personalidad premórbida del paciente.

síndrome cerebral alcohólico. Denominación inespecífica que refiere a distintas condiciones tales como intoxicación aguda, intoxicación patológica, síndrome de abstinencia, delirium tremens, alucinaciones, síndrome amnésico, demencia y trastorno psicótico.

síndrome de abstinencia (de supresión del consumo, descontinuación). Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia de un psicotrópico cuando suspende su consumo bruscamente o cuando lo disminuye en forma significativa.

síndrome de adicción al alcohol (alcoholismo). Síndrome descrito por Edwards y col. (1975) cuando se presentan: sensación de bienestar que impulsa a consumo de bebidas; un “patrón” estereotipado de bebidas; primacía por beber por sobre cualquier otra actividad; tolerancia fisiológica a las bebidas; síntomas de abstinencia repetidos; reincidencia a beber nuevamente; reinstalación del síndrome después de beber unos días.

síndrome de dependencia. Complejo fenómeno conductual, cognitivo y fisiológico que se desarrolla después del repetido uso de una sustancia y que puede ser específico de un tipo de sustancia (tabaco) o bien serlo de una clase de las mismas (opiáceos). Sinónimo de adicción. Conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicotrópicas.

síndromes adictivos. Todas aquellas condiciones psicopatológicas relacionadas con el uso, abuso, mal uso y adicción de psicotrópicos y otras sustancias. Aunque en estricto sentido tal denominación se refiere a la adicción propiamente tal, a esta patología a menudo anteceden, acompañan o derivan otras variadas condiciones clínicas agudas denominadas síndromes de intoxicación y abstinencia, que son el objeto de estudio de la presente obra.

sinergia. Se refiere al efecto que dos o más fármacos tienen sobre el organismo, mayor que el efecto que tendrían sumados o cada uno por separado.

sinestesia. Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (un sonido produce la sensación de un color particular).

síntoma. Manifestación subjetiva de enfermedad experimentada en un individuo; estado patológico en el que los síntomas son descritos por el individuo afectado, más que observados por el examinador (dolor, náusea, angustia, etcétera).

síntoma de conversión. Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados con el desarrollo del síntoma, de modo que el mismo no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maniaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maniaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maniaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones interpersonales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido

autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

sistema nervioso autónomo. Porción del sistema nervioso que inerva los músculos estriados del corazón, músculos lisos y glándulas del organismo. Se divide en sistema simpático (toracolumbar) y parasimpático (craneosacro).

sistema nervioso central, SNC. Nombre que recibe el conjunto de órganos (cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y médula espinal) con relación funcional entre sí.

stat. Abreviatura que significa en el acto, en el mismo momento en que se indica.

stress. En psicoanálisis refiere a fuerte reacción emocional como consecuencia de un trauma afectivo.

subjetivo; subjetivismo. Relativo al sujeto. Perteneciente a nuestro modo de pensar o sentir y no al objeto en referencia. Distorsión subjetiva: se utiliza para denotar la oposición contra el mundo externo; contrario a objetivo, objetivismo.

suicidalidad; índice de suicidio. Medida o estimación de la probabilidad que presenta una persona de suicidarse. Comportamiento de riesgo elevado que se asocia con los trastornos por sustancias, ya sea inducido (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o derivado de su consumo (dependencia y abuso) u otros trastornos comórbidos, como los depresivos, ansiosos, psicóticos y otros.

sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga. Sustancia que altera algunas funciones mentales, y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas. Psicotrópico (droga), fármaco o medicamento que actúa a nivel cerebral con acción sobre la función mental.

sustancias sinérgicas. Aquellas que producen sumación en sus efectos farmacológicos.

sustancias volátiles (disolventes, disolventes volátiles —inhalables—). Son aquellas que tienen la propiedad de evaporarse a temperatura ambiente y suelen inhalarse buscando producir un efecto psicotrópico.

tabaco. Producto derivado de la planta *Nicotiana tabacum* y sus variedades, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones que se utilizan para fumar, masticar o aspirar, y cuya sustancia activa es la nicotina.

tabaquismo. Dependencia o adicción al tabaco.
talante. Estado de ánimo.
taninos. Nombre de las tinturas naturales incluidas en el café y otros productos de origen vegetal.
taquicardia. Aceleración de la actividad del corazón.
taquifilaxis. Producción rápida del fenómeno de tolerancia por medio de la administración repetida de dosis de una sustancia (opiáceos).
taquisfigmia. Pulso rápido.
TDA/H. Siglas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
telangiectasias. Alude a las "arañas vasculares" (formaciones venosas irregulares) que se observan en el abdomen de los pacientes alcohólicos crónicos que han desarrollado lesiones hepáticas que llevan a la producción de hipertensión portal y, consecuentemente, a la formación de red venosa colateral.
terapia antirretroviral. Tratamiento que reciben los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH/sida.
terapia aversiva. Terapia diseñada para condicionar al sujeto a evitar el alcohol, al combinar las imágenes o el consumo de éste con experiencias desagradables, como los electrochoques, las náuseas, el vómito o consecuencias nefastas imaginadas.
terapia cognitiva. Terapia destinada a la identificación y modificación de pensamientos y creencias desadaptados que contribuyen al problema del uso de sustancias.
terapia cognitivo-conductual. Enfoque terapéutico que procura modificar pensamientos negativos o contraproducentes y su comportamiento consecutivo. Está dirigido al pensamiento como centro para producir el cambio de conductas. Es decir, se espera que la adaptación haga al individuo pensar distinto, y pensando distinto es esperable que su actuación sea diferente.
terapia con fármacos antidipsoptrópicos. Uso de drogas como el disulfiram (Antabuse®) o carbimida cálcica (Temposil®) para producir una reacción de aversión al consumir alcohol.
terapia de deshabituación. Uso de drogas con el propósito de disminuir el deseo de beber alcohol.
terapia de grupo. Psicoterapia que se ofrece a un grupo de personas. Puede incluir la psicoterapia grupal ortodoxa u otros tipos de grupos, como los de apoyo y los de orientación.
terapia de mantenimiento. Tratamiento de la adicción a una droga por prescripción de un sustituto, que tiene la propiedad de exhibir dependencia cruzada y tolerancia cruzada, como en el caso de la metadona en el tratamiento de la dependencia de heroína.
terapia familiar y conyugal. Proceso terapéutico en el que participan el cónyuge, miembros de la familia y toda otra persona clave, con el fin de mejorar la

comunicación, la resolución de problemas y otros aspectos de la vida familiar. El método permite modificar los hábitos de consumo de alcohol y psicotrópicos del paciente, siempre apoyando a la familia.

tic. Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.

tolerancia. Decremento de la respuesta a una droga como consecuencia de la adaptación de un organismo a los efectos de aquélla por su administración continuada, con el propósito de alcanzar el efecto anteriormente logrado. Ambos factores, fisiológicos y psicosociales, contribuyen a su desarrollo; pueden ser físicos, psíquicos y conductuales. Se define también como un decremento de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. Es uno de los criterios para el establecimiento del síndrome de dependencia (adicción).

tolerancia cruzada. Cuando se desarrolla tolerancia a una sustancia a la que el individuo no ha sido previamente expuesto, como resultado de la ingestión aguda o crónica de otra sustancia.

toxicidad. En adicciones, alude generalmente a la naturaleza venenosa de alguna sustancia; calidad venenosa.

tóxico; veneno. En toxicología se refiere al uso nocivo o abuso de sustancias dañinas utilizadas para producir sensaciones agradables o disminuir el dolor, como la morfina y otras. Efectos transitorios o permanentes perjudiciales a la función de un órgano o grupo de órganos en el cuerpo cuando se usan las drogas.

toxina. Veneno producido por distintos microorganismos.

transexualismo. Importante disforia por la identidad sexual asociada con un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan al otro sexo biológico.

transferencia. Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de modo especial, en la relación psicoanalítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida en un marcado sentimiento de actualidad.

trastorno afectivo residual (relacionado con el consumo de alcohol o drogas). Algunos cambios en el afecto que persisten más allá del periodo que normalmente afectan de modo directo; se dice que son residuales, como los cuadros psicóticos y otras reacciones a las drogas.

trastornos afectivos (del humor). Se incluyen en ellos los trastornos depresivos ("depresión unipolar"), los trastornos bipolares, los trastornos basados en el humor derivados de una condición médica general, y el trastorno del humor inducido por consumo de sustancias.

trastornos comórbidos. Término empleado para describir la coocurrencia de un trastorno por abuso o dependencia y otro trastorno mental. Los pacientes con

trastornos comórbidos tienen uno o más trastornos mentales, lo mismo que uno o más trastornos por consumo de sustancias. Trastorno dual.

trastornos de la personalidad. Patrones de comportamiento rígidos, inflexibles y mal adaptativos de severidad suficiente como para causar ansiedad interna o daño significativo del funcionamiento normal. Son estructurantes del estilo personal de la conducta y no son meras reacciones a circunstancias externas que impactan transitoriamente la vida emocional de las personas. Se tipifican tres grupos basados en la similitud de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Las principales características aplicables a los pacientes abusadores/adictos son: el trastorno *paranoide* provoca desconfianza y suspicacia que hace interpretar maliciosamente las intenciones de los demás; el *esquizoide* cancela las relaciones sociales y restringe su expresión emocional; el *esquizotípico* prohíja intenso malestar en la relación interpersonal, distorsiones cognoscitivas o perceptivas en el marco de sus conductas excéntricas; el *antisocial* desprecia y viola los derechos ajenos sin vacilación alguna; el *limítrofe,* con notable impulsividad, hace inestables las relaciones, autoimagen y afectos; el *histriónico,* por su excesiva emotividad y demanda de atención, los hace adictos difíciles de lidiar; el *narcisista,* con patrón hipervalorado y grandioso, demanda admiración, mientras paradójicamente exhibe su falta de empatía; el *de evitación* cursa con inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, por leve que sea; el de *dependencia,* adicto por excelencia, está inmerso en su sempiterna sumisión y pegajosidad, vinculadas a su excesiva necesidad de ser cuidado; el *obsesivo-compulsivo* es perfeccionista y de prioritaria preocupación por el orden y el control.

trastornos o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicotrópicas. Efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales, estrechamente asociados con consumo agudo o crónico.

trastorno por ansiedad. Enfermedad cuyos principales hallazgos son la ansiedad y la preocupación. Los individuos afectados encuentran difícil lidiar con sus propias preocupaciones, que incluyen una lista de síntomas como fatigabilidad constante, falta de descanso, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del dormir, entre otros muchos síntomas y signos de trastorno.

trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDA/H. Trastorno caracterizado por un modelo persistente de falta de atención y/o irreflexión,

además de hiperactividad, que a menudo es más serio que el típicamente observado en individuos de un nivel comparable de desarrollo.

tratamiento. Conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de sustancias psicotrópicas, reducir los riesgos y daños que implica el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados con el consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicotrópicas como de su familia.

tratamiento ambulatorio. Tratamiento que se administra a pacientes no internados, por lo general en sesiones programadas con regularidad (una a dos horas a la semana).

tratamiento breve. Terapia motivacional corta que se centra en personas con problemas leves o moderados y puede constar de hasta ocho sesiones de tratamiento conductual.

tratamiento concomitante. El manejo que reciben dos o más alteraciones en un mismo individuo.

tratamiento continuo. Continuación del cuidado o manejo que apoya el progreso de un paciente. Su objetivo es supervisar su condición para evitar la recaída en el consumo o en un trastorno mental. Significa a la vez proceso de la escucha en el postratamiento, como una forma de tratamiento en sí mismo. A veces se denomina asistencia posoperatoria.

tratamiento culturalmente competente. Manejo biopsicosocial u otro tratamiento que es adaptado para satisfacer las creencias culturales especiales, prácticas y necesidades de un paciente.

tratamiento de día y de noche. Tratamiento estructurado e intensivo ofrecido en entorno no residencial, generalmente cinco días a la semana (tres a cuatro horas al día). También se puede administrar en un entorno institucional (centro correccional, etcétera).

tratamiento de mantenimiento con metadona. El uso de metadona, siguiendo un régimen prescrito y regular, como sustituto de los opiáceos, con el fin de estabilizar el estado del paciente a la vez que se intenta modificar su modo de vida y su conducta interpersonal. La dosis promedio oscila entre 30 mg y 100 mg/día.

tratamiento en entorno residencial (corto plazo). Tratamiento cuya duración es, por lo general, inferior a 40 días, y que se administra de manera intensiva y estructurada estando el paciente internado.

tratamiento en entorno residencial (largo plazo). Servicios de tratamiento o de readaptación que generalmente se ofrecen por un periodo de más de 40 días. Estos servicios pueden proporcionarse en centros de rehabilitación para dependientes, centros de transición en sus diversas modalidades y en las comunidades terapéuticas.

tratamiento integrado. Cualquier mecanismo que combine intervenciones terapéuticas para los trastornos comórbidos, en el contexto de un manejo primario o ajuste de tratamiento. Se considera decisiva la necesidad de un modelo de abordaje terapéutico unificado en los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o los derivados del consumo de psicotrópicos (dependencia y abuso), salud mental y ciertas otras necesidades especiales de los pacientes.

trastorno por estrés postraumático. Enfermedad cuyo rasgo esencial es el desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a estímulos estresantes traumáticos extremos, que implica la experiencia personal directa de un acontecimiento que causa heridas de muerte o seria amenaza actual u otra amenaza para la integridad física de alguien; haber atestiguado un acontecimiento que implica muerte, herida o amenaza para la integridad física de otra persona; o haber experimentado muerte inesperada o violenta, daño serio o impactos nocivos a alguna persona cercana o familiar.

trauma. Daño mental o físico violento que le ocurre a una persona, daño a un órgano, etcétera.

tremor. Temblor, movimiento involuntario y rítmico en los músculos; es más a menudo en las manos, pies, mandíbula, lengua o cabeza. Los temblores pueden ser causados por el efecto de estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas, cafeína, etc.), o bien por la descontinuación del consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos u otros psicotrópicos (alcohol, barbitúricos, opiáceos, etcétera).

unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Establecimientos de salud que disponen de camas, y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan de un trastorno mental.

urgencia. Todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

uso múltiple de drogas. El uso de más de una droga o tipo de drogas por un individuo, a efecto de potencializar o contrarrestar los efectos de alguna de ellas. En la adicción de sustancias psicotrópicas es frecuente ver que el consumo se dirija a varias sustancias a la vez. Refiere al consumo múltiple de los poliusuarios.

uso recreacional. Consumo de sustancias usualmente referido a las de tipo ilegal bajo circunstancias sociales, a efecto de producir relajación; no necesariamente debe considerarse tal uso como sinónimo de abuso o adicción de psicotrópicos, aunque en muchos casos ha sido el inicio de ello. En tal sentido, se compara al consumo social de alcohol.

usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.

VIH (seropositividad). Positividad inmunológica hacia el virus de la inmunodeficiencia humana captada en el suero sanguíneo a través de pruebas de laboratorio.

violencia doméstica. Uso de fuerza emocional, psicológica, sexual o física por un miembro de la familia o compañero íntimo para controlar al otro. Los actos incluyen intimidación verbal, emocional y física; destrucción de las posesiones de la víctima; mutilar o matar animales domésticos; amenazas; sexo forzado y dando palmadas, perforando, pateando, ahogando, quemando, apuñalando, baleando y matando a la(s) víctima(s). Los cónyuges, los padres, los padrastros, los niños, los hermanos, los parientes mayores y los compañeros íntimos pueden ser objeto de ello.

virulencia. Propiedad de un agente patógeno infectante, capaz de provocar un cuadro morboso en un huésped determinado.

FUENTES: Souza, 2007a; Souza, Quijano, Díaz Barriga, Guisa, Lorenzo y Gaucín, 1998; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2003a; Souza, 2003d; Olivares, Tagle, Mercado y Souza, 2003; Chappel y Lewis, 1992; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004a; Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999; Chappel y Lewis, 1992; Guisa, Díaz Barriga y Souza, 2004b; Klamen, 1999; El Guerbaly, Toews y Lockyer, 2000; Dove, 1999; WHO, 1994; APAL, 2004; Souza, 2003a; APA, 2001; Federación Mundial de Educación Médica, 1988; Puchol, 2005; NIDA, 2003; PNUFID, 2003; ONUDD, 2003.

* Modificado de Souza, Quijano, Romero, Arroyo y Quintanilla, 2006.

BIBLIOGRAFÍA

AANPP, "Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: Management Issues for Women with Epilepsy", *Neurology,* 51: 944-948, 1998.

AAP, American Academy of Pediatrics, "Center for Advanced Studies: Risk Factors and their Implications for Prevention Interventions for the Physician", en S. K. Schonberg (comp.), *Substance Abuse: A Guide for Health Professionals,* Elk Grove Village, AAP, pp. 1-10, 1988.

____, "Committee on Adolescence. Sexual Assault and the Adolescent", *Pediatrics,* noviembre (5): 761-765, 1994.

Abel, E. L. y R. J. Sokol, "Alcohol Consumption During Pregnancy: The Dangers of Moderate Drinking", en H. W. Goedde y D. P. Agarwal (comps.), *Alcoholism: Biomedical and Genetic Aspects,* Oxford, Pergamon Press, 1989.

ABIM, American Board of Internal Medicine, *Project Professionalism,* Filadelfia, 2001.

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation y European Federation of Internal Medicine, "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter", *Annals of Internal Medicine,* 136: 243-246, 2002.

Abstracts of the 4th European College of Neuropsycho-Pharmacology Workshop: Neuropsychopharmacology of Addiction, Niza, 15-17 de marzo de 2003*, European Neuropsychopharmacology,* marzo, 13, supl. 1: 31-35, 2003.

ACEP, American College of Emergency Physicians, "Clinical Policy for the Initial Approach to Patients Presenting with Acute Toxic Ingestion or Dermal or Inhalation Exposure", *Annals of Emergency Medicine,* 25 (4): 570-585, 1995.

ACO&G, American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Quality Assessment, "Medical Care of an Alleged Sexual Assault Victim", *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* enero, 52 (1): 103-104, 1996.

ACP, American College of Physicians, "Ethics Manual. Part 2: The Physician and Society, Research, Life-Sustaining Treatment, other Issues", *American College of Physicians. Annals of Internal Medicine*, 111: 327-335, 1989.

ACSM, American College of Sports Medicine, "American Dietetic Association, ADA", Dietitians of Canada, *Nutrition and Athletic Performance. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32 (12): 2130-2145, 2000.

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, "Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales", CIE-10/DSM-IV, 1: 12-14, 1995.
ADA, American Dental Association, *Statement on Intraoral/Perioral Piercing,* 1999, edición revisada, octubre de 2000.
Addiction Research Foundation, *Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcome. Implications for Services in Ontario,* Toronto, 1997.
Adinoff, B., "Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction", *Harvard Review of Psychiatry,* 12: 305-320, 2004.
Adlaf, E. M., F. J. Ivis y R. G. Smart, *Ontario Student Drug Use Survey 1977-1997,* Addiction Research Foundation, Toronto, 1997.
Ahrens, R., "Androcur (Cyproterone Acetate) in Sex Offenses Follow-up of Psychiatric Admissions", *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* 142 (2): 171-188, 1991.
AIDSCAP/Family Health International, *Regional Accomplishments and Lessons Learned. The HIV/AIDS Prevention and Control SYNOPSIS Series,* Latin America and Caribbean Regional Office AIDSCAP/Family Health International, diciembre, 1997.
Akiskal, H. S., "Toward a Definition of Generalized Anxiety Disorder as an Anxious Temperament Type", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98, supl. 393: 66-73, 1998.
Alarcón, R. D., "Trastorno de estrés post-traumático: Revisión de la literatura", *Revista de Neuro-Psiquiatría,* núm. 57: 6-20, 1994.
Albrecht, G., V. Walker y J. Levy, "Social Distance from the Stigmatized: A Test of Two Theories", *Social Science & Medicine* 16: 1319-1327, 1982.
ALC, "Dimensiones de género sobre el consumo de alcohol y problemas afines en América Latina y el Caribe", s. f., http://www.alcoholinformate.org.mx/estadisticas.cfm?articulo=46. [Consulta en línea 12 de agosto de 2004.]
Alderman C., "Open House Detox", *Nursing Standard,* 9-15 de octubre, 17 (4): 16-17, 2002.
Alfonso, D., C. Santana y M. Rodríguez, "Neonatal Lateralization of Behavior and Brain Dopaminergic Asymmetry", *Brain Research Bulletin,* 3 2 (1): 11-16, 1993.
Alford, C., H. Cox y R. Wescott, "The Effects of Red Bull Energy Drink on Human Performance and Mood", *C-Amino Acids,* 1 de enero, 21 (2): 139-150, 2001.
Allebeck, P. y C. Allgulander, "Suicide Among Young Men: Psychiatric Illness, Deviant Behaviour and Substance Abuse", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 81: 565-570, 1990.
Allers, C. T., K. J. Benjack, J. White y J. T. Rousey, "HIV Vulnerability and the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse", *Child Abuse & Neglect,* marzo-

abril, 172: 291-298, 1993.
Allgulander, C., D. Hackett y E. Salinas, “Venlafaxine Extended Release (ER) in the Treatment of Generalised Anxiety Disorder: Twenty-Four Week Placebo-Controlled Dose-Ranging Study”, *The British Journal of Psychiatry,* 179: 15-22, 2001.
Alpert, J. L., “Analytic Reconstruction in the Treatment of an Incest Survivor”, *The Psychoanalytic Review*, 81 (2): 217-235, 1994.
Alpert J. L., L. A. Uebelacker, N. E. McLean *et al.,* “Social Phobia, Avoidant Personality Disorder, and Atypical Depression: Co-occurrence and Clinical Implications”, *Psychological Medicine,* 27: 627-33, 1997.
Alter, M. J., S. C. Hadler y F. N. Judson, “Risk Factors for Acute Non-A, Non-B Hepatitis in the U. S. and Association with Hepatitis C Virus Infection”, *Journal of the American Medical Association*, 264: 2231–2235, 1990.
Alterman, A. *et al.,* “Prediction of Attrition from Day Hospital Treatment in Lower Socioeconomic Cocaine-Dependent Men”, *Drug and Alcohol Dependence,* 40 (1): 227-233, 1996.
Alterman, A. I. y J. S. Cacciola, “The Antisocial Personality Disorder Diagnosis in Substance Abusers: Problems and Issues”, *The Journal of Nervous and Mental Disease,* julio, 179 (7): 401-409, 1991.
Alterman, A. I., M. Droba y R. E. Antelo, “Amantadine May Facilitate Detoxification of Cocaine Addicts”, *Drug and Alcohol Dependence*, 31: 19-29, 1992.
Alvarado, M. y S. Martínez, “Predominio de la violencia doméstica en la ciudad de Durango”, *Salud Pública de México,* noviembre-diciembre, 1998.
AMA, American Medical Association, Council on Scientific Affairs, “Violence Against Women: Relevance for Medical Practitioners”, *Journal of the American Medical Association,* 267: 3184-3189, 1992.
Ament, M. A., “Taurine Supplementation in Infants Receiving Long Term Parenteral Nutrition”, *Journal of the American College of Nutrition,* 5: 129-135, 1986.
AMP, Asociación Mundial de Psiquiatría, *Médicos, pacientes, sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos,* Buenos Aires, AMP, 1998.
Anand, A., P. Verhoeff, N. Seneca, S. S. Zoghbi, J. P. Seibyl y D. S. Charney, “Brain SPECT Imaging of Amphetamine-Induced Dopamine Release in Euthymic Bipolar Disorder Patients”, *The American Journal of Psychiatry,* 157: 1108–1114, 2000.
Anderson, J. y S. Williams, “DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample from the General Population”, *Archives of General Psychiatry,* 44: 69-76, 1987.
Andreev, V. V., O. A. Bykhovskaia, L. E. Bogdanova y A. L. Kossovoi, “Sex Crimes Committed by Family Members Against Children and Adolescents”, *Sud Med*

Ekspert, enero-marzo, 38 (1): 13-14, 1995.
Andrus, J. K., D. W. Fleming, M. A. Heumann, J. T. Wassell, D. D. Hopkins y J. Gordon, "Surveillance of Attempted Suicide Among Adolescents in Oregon", *American Journal of Public Health,* 1991, 81: 1067-1069.
Anolli, L. y M. Balconi, "Adult Attachment Interview, Thematic Analysis, and Communicative Style in Families with Substance Use Disorder", *Psychological Reports,* 90: 279-299, 2002.
Anthony, W. A., M. R. Cohen y M. Farkas, "Psychiatric Rehabilitation", Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2a. ed., 2002.
Anton, R. F., D. H. Moak y P. K. Lathman, "The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A Self Rated Instrument for the Quantification of Thoughts About Alcohol and Drinking Behavior", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 19: 92-99, 1995.
APA, American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 3a. ed., DSM-III, Washington, D. C. American Psychiatric Press, 1995a.
_____, "Work Group on Substance Use Disorders. Practice Guidelines for the Treatment with Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids", *American Journal of Psychiatry,* 152: 59: 3-5, 1995b.
_____, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* DMS-IV-tr, Washington, D. C., 4 a. ed., 2000.
_____, "Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos", *Compendio 2003,* Barcelona, Ars Médica, 2003.
_____, "Nuevas estrategias en potenciación para mejores resultados en depresión", material de apoyo educativo, Glaxo-Smith-Kline Laboratorios/American Psychiatric Association, 2006.
APA, American Psychological Association, "Addictive Behaviors: Readings on Etiology, Prevention, and Treatment", Washington, D. C., 1997.
APAL, Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación, *Guía latinomericana de diagnóstico psiquiátrico,* Guadalajara, Tono Continuo, 2004.
Applegate, E., "Effective Nutritional Ergogenic AIDS", *International Journal of Sport Nutrition,* junio, 9 (2): 229-239, 1999.
Aragon, C. M. G., L. E. Trudeau y Z. Amit, "Effect of Taurine on Ethanol-Induced Changes in Openfield Locomotor Activity", *Psychopharmacology,* 1072/3: 337-340, 1992.
Arboleda-Flórez, J., "Stigmatization and Human Rights Violations", en World Health Organization (comp.), *Mental Health — A Call for Action by World Health Ministers,* Ginebra, WHO, pp. 57-71, 2001.
Arbuckle, J., L. Olson, M. Howard, J. Brillman, C. Anctil y D. Sklar, "Safe at Home? Domestic Violence and other Homicides Among Women in New Mexico", *Annals of Emergency Medicine,* febrero, 27 (2): 210-215, 1996.

Arieti, S. (comp.), *Psychiatry: A World Wide View,* Nueva York, J. Wiley & Sons, vol. 2, 1977.
Arif, A. (comp.), *Adverse Health Consequences of Cocaine Abuse,* Ginebra, World Health Organization, 1987.
Arif, A. y J. Westermeyer, "Manual of Alcohol And Drug Abuse", *Guidelines for Teaching in Medical and Health Institutions,* Nueva York, Plenum Press, 1988.
Arkansas Cares, "Integrated Services for Mothers with Dual Diagnoses and their Children.
Arkansas Center for Addictions Research, Education, and Services", *Psychiatric Services,* octubre, 53 (10): 1311-1313, 2002.
Armstrong, M. L., "Adolescent Tattoos: Educating vs Pontificating", *Pediatric Nursing,* 21: 561-564, 1995.
_____, "You Pierced What?", *Pediatric Nursing,* 22: 236-238, 1996.
Armstrong, M. L., E. Ekmark y B. Brooks, "Body Piercing: Promoting Informed Decision-Making", *The Journal of School Nursing,* 11: 20-25, 1995.
Armstrong, M. L., K. P. Murphy, A. Sallee y M. G. Watson, "Tattooed Army Soldiers: Examining the Incidence, Behavior, and Risk", *Military Medicine,* 165: 135-141, 2000.
_____, "Tattooing: Another Adolescent Risk Behavior Warranting Health Education", *Applied Nursing Research,* 10: 181-189, 1997.
Armstrong, M. L., Y. Masten y R. Martin, "Adolescent Pregnancy, Tattooing and Risk Taking", *American Journal of Maternity Child Nursing*, 25 (5), 258-261, 2000.
Arnett, J., "Sensation Seeking: A New Conceptualization and a New Scale", *Personality and Individual Differences,* 16: 289-296, 1994.
Aronson, H. y A. Gilbert, "Preadolescent Sons of Male Alcoholics", *Archives of General Psychiatry,* 8: 235-241, 1963.
Arvey, R., "Treatment of Addiction, I", *Drugs*, 5 (7): 645-648, 2002.
ASAM, American Society of Adiction Medicine, "Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance Abuse-Related Disorders", Chevy Chase, 1996.
_____, "Public Policy Statement on Screening for Addiction in Primary Care Settings", *American Society of Adiction Medicine News,* 17: 17-18, 1997.
Ashton, C. H., "Las benzodiacepinas: Cómo actúan en el organismo", en C. H. Ashton, *Las benzodiacepinas: Cuál es su mecanismo de acción y cómo suspender la ingestión*, Newcastle, Manual Ashton, 2002.
Asociación Psiquiátrica Mexicana, "Médicos, pacientes, sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos", Buenos Aires, 1998.
Astin, M. C., S. M. Ogland, E. Hand, M. Coleman y D. S. Foy, "Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons with Maritally Distressed Women", *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 5, 63 (2): 308-312, 1995.

Aszalos, R., D. R. McDuff y E. Weintraube, "Engaging Hospitalized Heroin-Dependent Patients into Substance Abuse Treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 17: 149-158, 1999.
Avants, S. K., A. Margolin, D. De Phillipis y T. R. Kosten, "A Comprehensive Pharmacologic-Psychosocial Treatment Program for HIV-Seropositive Cocaine and Opiod Dependent Patients. Preliminar Findings", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 15 (3): 261-265, 1998.
Averill, P. M. y J. G. Beck, "Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults", *Journal of Anxiety Disorders,* 14: 133-156, 2000.
Avis, N. E., D. Brambilla y S. M. McKinlay, "A Longitudinal Analysis of the Association Between Menopause and Depression", *Annals of Epidemiology,* 4: 214-220, 1994.
Azanza, J. R., "Guía práctica de farmacología del SNC", IM&C, Madrid, 1997.
Azari, N. P., "Effects of Glucose on Memory Processes in Young Adults", *Psychopharmacology,* 105: 521-524, 1991.
Azrin, N. H., B. Donahoe, E. Kogan, V. Bisalel y R. Acierno, "Youth Drug Abuse Treatment: A Controlled Outcome Study", *Journal of Child Substance Abuse,* 3 (3): 1-16, 1994.
Babcock, R. L., L. B. Laguna, K. D. Laguna y D. A. Urusky, "Age Differences in the Experience of Worry", *Journal of Mental Health Aging,* 6: 227-235, 2000.
Babor, T. F., Z. S. Dolinsjy, R. E. Meyer, M. Hesselbrock, M. Hofmann y H. Tennen, "Types of Alcoholics: Concurrent and Predictive Validity of Some Common Classification Schemes", *British Journal of Addiction,* 87: 1415-1431, 1992.
Babor, T. F., M. Hofman, F. K. Delboca, V. Hesselbrock y R. E. Meyer, "Types of Alcoholics, I. Evidence for an Empirically Derived Typology Based on Indicators of Vulnerability and Severity", *Archives of General Psychiatry,* 49: 599-608, 1992.
Baker, S. C., C. D. Frith y R. J. Dolan, "The Interaction Between Mood and Cognitive Function Studied with PET", *Psychological Medicine,* 27: 565-578, 1997.
Baker, S. P., B. O'Neill y R. S. Karpf, *The Injury Fact Book,* Lexington, Lexington Books, 1984.
Bakey, C., M. Wood y L. Young, "Victim to Abuser: Mental Health and Behavioral Sequels of Child Sexual Abuse in a Community Survey of Young Adult Males", *Child Abuse & Neglect,* 18 de agosto (8): 683-697, 1994.
Baldwin, R., E. Chiu, C. Katona y W. Graham (comps.), *Guidelines on Depression in Older People — Practising the Evidence,* Londres, Dunitz, 2002.
Balint, M., "La falta básica", en *Aspectos terapéuticos de la regresión*, México, Paidós, 1991.
Balon, R., "Suicide: Can we Predict it?", *Journal of Comparative Psychology,* 28 (3): 236-241, 1987.

Bammer, G., L. Battisson, J. Ward y S. Wilson, “The Impact on Retention of Expansion of an Australian Public Methadone Program”, *Drug and Alcohol Dependence,* 58: 173-180, 2000.

Bancroft, J. y N. Sartorius, “The Effects of Oral Contraceptives on the Well Being and Sexuality of Women”, *Oxford Reviews of Reproductive Biology,* 12: 57-92, 1990.

Barabasz, M. Y. y A. Barabasz, “Attention Deficit Disorder: Diagnosis, Etiology and Treatment”, *Journal of Child and Family Studies,* 26 (1): 1-37, 1996.

Barbato, A., B. D’Avanzo y G. Rocca, “A Study of Long-Stay Patients Resettled in the Community after Closure of a Psychiatric Hospital in Italy”, *Psychiatric Services,* 55: 67-70, 2004.

Barbato A., E. Monzani y T. Schiavi, “Life Satisfaction in a Sample of Outpatients with Severe Mental Disorders: A Survey in Northern Italy”, *Quality of Life Research,* 13: 969-973, 2004.

Barber, M. E., P. M. Marzuk, A. C. Leon y L. Portera, “Aborted Suicide Attempts: A New Classification of Suicidal Behavior”, *American Journal of Psychiatry,* 155: 385-396, 1998.

Barclay, L. y M. Bond, “Development of an Instrument to Study the Sexual Relationship of Partners During Pregnancy”, *Australian Journal of Advanced Nursing,* febrero, 10 (2): 14-21, 1992-1993.

Barkley, R A., *ADHD and the Nature of Self-Control,* Nueva York, Guilford Press, 17-20, 1997.

Barlow, D. H. (comp.), “The Management of Stress and Anxiety”, en *Medical Disorders,* Boston, Allyn and Bacon, 2000.

Barlow, D. H. y C. L. Lehman, “Advances in the Psychosocial Treatment of Anxiety Disorders: Implications for National Health Care”, *Archives of General Psychiatry,* 53: 727-735, 1996.

Barnaby, B., B. C. Drummond y L. A. McCloud, “Substance Misuse in Psychiatric Inpatients: Comparison of a Screening Questionnaire Survey with Case Story”, *British Journal of Psychiatry,* 185: 545-552, 2004.

Baronet, A. M. y G. J. Gerber, “Psychiatric Rehabilitation: Efficacy of Four Models”, *Clinical Psychology Review,* 18: 189-228, 1998.

Barranco, R. F., M. J. Blasco, S. M. A. Muñoz y C. H. A. Jareño, “Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos”, en C. J. Gil, R. Díaz-Alersi, J. M. A. Coma y B. D. Gil, www.uninet.edu/tratado/c100302.html, s. f.

Barrett-Connor, E., “The Menopause, Hormone Replacement, and Cardiovascular Disease: The Epidemiologic Evidence”, *Maturitas,* marzo, 23 (2): 227-234, 1996.

Barrett-Lennard, G. T., “The Barrett-Lennard Relationship Inventory. California Psychotherapy Alliance Scales Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in Therapeutic Change”, *Psychological Monographs: General and Applied,* 76: 1-33, 1962.

Basson, R., "The Female Sexual Response: A Different Model", *Journal of Sex & Marital Therapy,* 26 (1): 51-65, 2000.

Bautista, M. J., "Alteraciones corporales en el cuerpo del hombre prehispánico", *Historia general de México,* México, El Colegio de México, 1981.

Bear, E. y P. Dimock, *Adults Molested as Children: A Survivor's Manual for Woman and Men,* Vermont, Fay Honey Koop, 1988.

Bebbington, P. E., "Content & Context of Compliance", *International Clinical Psychopharmacology,* 9, supl. 5: 41-50, 1995.

Bechara, A., A. R. Damasio, H. Damasio y S. W. Anderson, "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition,* 50: 7-15, 1994.

Beck, A., F. Wright, C. Newman y B. Liese, *Terapia cognitiva de las drogodependencias,* Barcelona, Paidós, 1999.

Beck, A. T., R. A. Steer y M. G. McElroy, "Relationships of Hopelessness, Depression, and Previous Suicide Attempts to Suicidal Ideation in Alcoholics", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 43: 1042-1046, 1982.

Beck, J., *Cognitive Therapy: Basics and Beyond,* Nueva York, Guilford Press, 1995.

Beck, J. G. y M. A. Stanley, "Anxiety Disorders in the Elderly: The Emerging Role of Behavior Therapy", *Behavior Therapy,* 28: 83-100, 1997.

Becker, J. V., M. S. Kaplan, C. E. Tenke y A. Tartaglini, "The Incidence of Depressive Symptomatology in Juvenile Sex Offenders with a History of Abuse", *Child Abuse & Neglect,* 15 (4): 531-536, 1991.

Becker, T., M. Leese y P. Clarkson "Links Between Social Network and Quality of Life: An Epidemiologically Representative Study of Psychotic Patients in South London", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 229-304, 1998.

Beckman, A. T. F., M. A. Bremmer, D. J. H. Deeg, A. J. L. M. Van Balkom, J. H. Smit, D. E. Beurse *et al.,* "Anxiety Disorders in Later Life: A Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13: 717-726, 1998.

Beckman, A. T. F., D. E. Beurse, A. J. L. M. Van Balkom, D. J. H. Deeg, R. Van Dick y W. Van Tilburg, "Anxiety and Depression in Later Life: Co-occurrence and Communality of Risk Factors", *The American Journal of Psychiatry,* 157: 89-95, 2000.

Beckman, L. J. y K. T. Ackerman, "Women, Alcohol, and Sexuality", *Recent Developments in Alcoholism,* 12: 267-285, 1995.

Bécquer, G. A., *Rimas de Gustavo Adolfo Bécquer,* Madrid, Quimera, 1970.

Beech, A. R., T. Ward y D. Fisher, "The Identification of Sexual and Violent Motivations in Men who Assault Women: Implication for Treatment", *Journal of Interpersonal Violence,* diciembre, 21 (12): 1635-1653, 2006.

Begin, A., M. T. Shea, T. Pearlstein, E. Simpson y E. Costello, "The Relationship Between Characteristics of Sexual Abuse and Dissociative Experiences", *Comprehensive Psychiatry,* 35 (6): 465-470, 1994.

Behnke, M. y F. D. Eyler, "The Consequences of Prenatal Substance Use for the Developing Fetus, New Born and Young Child", *International Journal of the Addictions,* 28 (13), 1341-1391, 1993.

Behnke, M., F. Davis Eyler, M. Conlon, K. Wobie, N. Stewart Woods y W. Cumming, "Incidence and Description of Structural Brain Abnormalities in Newborns Exposed to Cocaine", *Journal of Pediatrics,* 132: 291-294, 1998.

Beier, K. M., H. A. Bosinski, U. Hartmann y K. Loewit, *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis,* Munich, Urban und Fischer, 2001.

Bell, M. D. y R. I. Vila, "Homicide in Homosexual Victims: A Study of 67 Cases from the Broward County, Florida, Medical Examiner's Office (1982-1992) with Special Emphasis on 'Overkill' ", *American Journal of Forensic Medicine and Pathology,* marzo, 17 (1), 65-99, 1996.

Bellack, A. S., "Skills Training for People with Severe Mental Illness", *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 27: 375-391, 2004.

Bellak, L. y L. Small, *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy,* Nueva York, Grune and Stratton, 2a. ed., 1978.

Belli, D. C., "Taurine Improves the Absortion of a Fat Meal in Patients with Cystic Fibrosis", *Pediatrics,* 80: 517-523, 1987.

Bennett, S., C. Coggan y P. Adams, "Problematising Depression: Young People, Mental Health and Suicidal Behaviours", *Social Science & Medicine*, 57: 289-299, 2003.

Benton, D., D. S. Owens y P. Y. Parker, "Blood Glucose Influences Memory and Attention in Young Adults", *Neuropsychologia,* 32: 595-607, 1994.

Berg, J. S. y J. Moore, "Early Menopause Presenting with Mood Symptoms in a Student Aviator", *Aviation, Space, and Environmental Medicine,* marzo, 71 (3): 251-254, 2000.

Berglund, M., "More About Substance Abuse in Medical Education. A Joint European Curriculum Under Development", *Lakartidningen,* 24 de octubre, 99 (43): 4250-4251, 2002.

Bergman, U., F. Rosa y C. Baum, "Effects of Exposure to Benzodiazepines During Fetal Life", *Lancet,* 340: 694-696, 1992.

Bergmann, P. E, M. B. Smith y N. G. Hoffman, "Adolescent Treatment: Implications for Assessment, Practice Guidelines and Outcome Management", *Pediatric Clinics of North America,* 42 (2): 453-472, 1995.

Berke, J. D., "Learning and Memory Mechanisms Involved in Compulsive Drug Use and Relapse", *Methods in Molecular Medicine,* 79: 75-101, 2003.

Berke, J. D. y S. E. Hymann, "Addiction, Dopamine, and the Molecular Mechanisms of Memory", *Neuron*, 25: 515-532, 2000.

Berliner, L., "Commentary on 'Incest Revisited: Delayed Post-traumatic Stress Disorder in Mothers Following the Sexual Abuse of Their Children' ", *Child Abuse & Neglect*, octubre, 19 (10): 1311-1312, 1995.
Berman, J. R., L. A. Berman, T. J. Werbin, E. E. Flaherty, N. M. Leahy e I. Goldstein, "Clinical Evaluation of Female Sexual Function: Effects of Age and Estrogen Status on Subjective and Physiologic Sexual Responses", *International Journal of Impotence Research,* 11 (1): 31-38, 1999.
Bernal Villegas, J., "¿Bioética o matando el miedo?", *Universitas Médica,* 23 (3): 179-183, 1981.
Bernardt, M. W., J. Mumford, C. Taylor C. *et al.,* "Comparison of Questionnaire and Laboratory Tests in the Detection of Excessive Drinking and Alcoholism", *Lancet,* 1: 325-328, 1982.
Berridge, K. C. y T. E. Robinson, "What is the Role of Dopamine in Reward: Hedonic Impact, Reward Learning, or Incentive Salience?", *Brain Research Reviews,* 28: 309-369, 1998.
Betz, C., D. Mihalic, M. E. Pinto y R. B. Raffa, "Could a Common Biochemical Mechanism Underlie Addictions?", *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics,* 25: 11-20, 2000.
Bezchlibnyk-Butler, K. Z., J. J. Jeffries y B. A. Martin, "Clinical Handbook of Psychotropic Drugs", Seattle, Hogrefe & Huber, 10a. ed., 2000.
Biaggoni, I., S. Paul, A. Puckett y C. Azubiaga, "Caffeine and Theophylline as Adenosine Receptor Antagonists in Humans", *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 258: 588-593, 1991.
Biederman, J., "Practical Considerations in Stimulant Drug Selection for the Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Patient-Efficacy, Potency and Titration", *Today's Therapeutic Trends,* 20 (4): 311-328, 2002.
_____, "Pharmacotherapy for ADHD Decreases the Risk for Substance Abuse: Findings from a Longitudinal Follow-up of Youths with and without ADHD", *Journal of Clinical Psychiatry,* 64, supl. 11: 3-8, 2003.
Biederman, J., S. V. Faraone, K. Keenan, D. Knee y M. T. Tsuang, "Family-Genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III ADHD", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 29: 526-533, 1990.
Biederman, J., S. V. Faraone, M. C. Monuteaux y J. A. Feighner, "Patterns of Alcohol and Drug Use in Adolescents can be Predicted by Parental Substance Use Disorders", *Pediatrics,* 106 (4): 792-797, 2000.
Biederman, J., S. V. Faraone y T. Spencer, "Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition and Psychosocial Functioning in Adults with ADHA", *American Journal of Psychiatry,* 150: 1792-1798, 1993.
Biederman, J., T. E. Wilens y E. Mick, "Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity", *American Journal of Psychiatry,* 152 (11): 1652-1658, 1995.
Biederman, J., T. E. Wilens, E. Mick, S. Faraone, W. Weber y S. Curtis, "Is ADHD a Risk for Psychoactive Substance Use Disorder? Findings from a Four-year

Follow-up Study", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 36: 21-29, 1997.
Biederman, J., T. E. Wilens, E. Mick, T. Spencer y V. Faraone, "Pharmacotherapy of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder", *Pediatric,* 104 (2): 1-5, 1999.
Biederman, J., T. E. Wilens, E. Mick, S. Milberger, T. J. Spencer y S. V. Faraone, "Psychoactive Substance Use Disorders in Adults with ADHD: Effects of ADHD and Psychiatric Comorbidity", *The American Journal of Psychiatry,* 152 (11): 1652-1658, 1995.
Bien, T. H., W. R. Miller y J. S. Tonigan, "Brief Interventions for Alcohol Problems", *A Review of Addiction,* 88: 315-336, 1998.
Bierut, L. J., S. H. Dinwiddie y H. Begleiter, "Familial Transmission of Substance Dependence: Alcohol, Marijuana, Cocaine, and Habitual Smoking: A Report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism", *Archives of General Psychiatry,* 59: 153, 2002.
Bifulco, A., P. M. Moran, C. Ball y O. Bernazzani, "Adult Attachment Style. I. Its Relationship to Clinical Depression", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 37: 50-59, 2002.
Bilban, M. y L. Skibin, "Presence of Alcohol in Suicide Victims", *Forensic Science International,* 17 de enero, 147, supl. S9-12, 2005.
Birmingham, L., D. Manson y D. Grubin, "The Psychiatric Implications of Visible Tattoos in an Adult Male Prission Population", *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 10 (3): 687-695, 1999.
Birnbach, D., "Substance Abuse", en *Chestnut D. Obstetric Anesthesia. Principles and Practice,* St. Louis, Mosby-Year Book Inc., 982-995, 1994.
Bjork, J. M., S. J. Grant y D. W. Hommer, "Cross-Sectional Volumetric Analysis of Brain Atrophy in Alcohol Dependence: Effects of Drinking History and Comorbid Substance Use Disorder", *The American Journal of Psychiatry,* noviembre, 160: 2038-2045, 2003.
Blackwell, J. T. y D. A. Blackwell, "Menopause: Life Event or Medical Disease?", *Clinical Nurse Specialist,* enero, 11 (1): 7-9, 1997.
Blanco, E. A., C. L. Cea, G. M. E. García, A. Menassa, C. V. J. Moreno, D. G. Muñoz, J. Olalla y J. F. Varón, *Manual de diagnóstico y terapéutica médica del Hospital Universitario 12 de Octubre,* Madrid, 5a. ed., 2003.
Blane, H., *The Personality of the Alcoholic. Guises of Dependency,* Nueva York, Harper and Row, 1968.
Bloch, S. (comp.), *Introduction to the Psychotherapies,* Nueva York, Oxford University Press, 1979.
Block, J., J. H. Block y S. Keyes, "Longitudinally Foretelling Drug Usage in Adolescence: Early Childhood Personality and Environmental Precursors", *Child Development,* 59: 336-355, 1988.

Blokland, A., “Acetylcholine: A Neurotransmitter for Learning and Memory?”, *Brain Research Reviews,* 21: 285-300, 1996.

Blouin, A., R. Bornstein y R. Trites, “Teenage Alcohol Use Among Hyperactive Children: A Five Year Follow-up Study”, *Journal of Pediatric Psychology,* 3: 188-194, 1978.

Blue, K., E. R. Braverman y M. M. Holder, “Reward Deficiency Syndrome: A Biogenetic Model for the Diagnosis and Treatment of Impulsive, Addictive, and Compulsive Behaviors”, *Journal of Psychoactive Drugs,* 32, supl.: 1-112, 2000.

Blume, S., *Secret Survivors,* Nueva York, John Wiley, 1990.

Bobes, J., M. P. González, P. A. Sáiz y M. Bousoño, “Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI”, *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría,* pp. 201-218, 1996.

Bondenheimer, T., E. Wagner y K. Grumbach, “Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness”, *Journal of the American Medical Association,* 288: 1775-1779, 2000.

Bogenschutz, M. P. y C. M. A. Geppert, “Pharmacologic Treatments for Women with Addictions”, *Obstetrics & Gynecology Clinics,* 30 (3): 37-58, 2003.

Bohn, K. y A. Holz, “Sequelae of Abuse, Health Effects of Childhood Sexual Abuse, Domestic Battering, and Rape”, *Journal of Nurse-Midwifery,* diciembre, 41 (6): 442-456, 1996.

Bonci, L., “ ‘Energy’ Drinks: Help, Harm Or Hype?”, *Sports Science,* 84, 15 (1): 17-18, 2002.

Bond, G. R., “Supported Employment, Evidence for an Evidence-Based Practice”, *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 27: 345-359, 2004.

Boney, M. C. S. y D. Finkelhor, “Psychosocial Sequelae of Violent Victimization in a National Youth Sample”, *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* octubre, 63 (5): 726-736, 1995.

Bongar, B. (comp.), *Suicide: Guidelines for Assessment, Management and Treatment,* Nueva York, Oxford University Press, 1992.

Booth, B. M., F. C. Blow y C. A. Cook, “Persistence of Impaired Functioning and Psychosocial Distress After Medical Hospitalization for Men with Co-ocurring Psychiatric and Substance Abuse Disorders”, *Journal of General Internal Medicine,* 16: 57-65, 2001.

Bordin, E. S., “The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance”, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice,* 16 (3): 252-260, 1979.

Borges, G., H. Rosovsky, C. Gómez y R. Gutiérrez, “Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994”, *Salud Pública de México,* 38: 197-206, 1996.

Boris, M. y F. S. Mandel, “Foods and Additives are Common Causes of the Attention Deficit Hyperactive Disorder in Children”, *Annals of Allergy, Asthma and Immunology,* 72: 462-468, 1994.

Bornstein, R. F., *The Dependent Personality,* Nueva York, Guilford Press, 1993.

_____, "Comorbidity of Dependent Personality Disorder and Other Psychological Disorders: An Integrative Review", *Journal of Personality Disorders,* 4: 286-303, 1995.

Bornstein, R. F. y R. M. O'Neill, "Dependency and Suicidality in Psychiatric Inpatients", *Journal of Clinical Psychology,* 56: 463-473, 2000.

Botchway, C. e I. Kuc, "Tongue Piercing and Associated Tooth Fracture", *Journal of the Canadian Dental Association,* 64: 803-805, 1998.

Bourne, G. A., *Treatment Manual for Acute Drug Abuse Emergencies,* Washington, D. C., U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, 1996.

Bowlby, J., *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment,* Nueva York, Basic Books, 1969.

_____, "Secure Base Clinical Applications of Attachment Theory", *Collected Papers,* Londres, Tavistock, 1988.

Boyd, J. H. y M. M. Weissman, "Epidemiology of Affective Disorders, a Re-examination and Future Directions, *Archives of General Psychiatry,* 38: 1039-1046, 1981.

Boyer, W., "Serotonin Uptake Inhibitors are Superior to Imipramine and Alprazolam in Alleviating Panic Attacks: A Meta-Analysis", *International Clinical Psychopharmacology,* 10: 45-49, 1995.

Brace, M. y E. McCauley, "Oestrogens and Psychological Well-Being", *Annals of Medicine,* agosto, 29 (4): 283-290, 1997.

Bradley, B. P., M. Gossop, G. T. Phillips y J. T. Legarda, "The Development of an Opiate Withdrawal Scale (ows)", *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs,* 82: 1139-1142, 1987.

Brady, K. T., "Substance Abuse and Bipolar Disorder", Mental Health Forum, Medscape, 9th Annual U. S. Psychiatric Mental Health Congress, 14-17 de noviembre, seguimiento en línea, 1997.

Brady, K. T., S. Castro y R. B. Lydiard, "Substance Abuse in an Inpatient Psychiatric Sample", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 17: 389-397, 1991.

Brady, K., T. Pearlstein, G. M. Asnis, D. Baker, B. Rothbaum, C. Sikes *et al.,* "Efficacy and Safety of Sertraline Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association*, 283: 1837-1844, 2000.

Brady, K. y C. Randall, "Gender Differences in Substance Use Disorders", *Psychiatric Clinics of North America,* 22: 241-252, 1999.

Braithwaite, R., T. Hammett y R. Mayberry, *Prisons and AIDS,* San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

Braithwaite, R., A. Robillard, T. Woodring, T. Stephens y K. J. Arriola, “Tattooing and Body Piercing Among Adolescent Detainees: Relationship to Alcohol and Other Drug Use”, *Journal of Substance Abuse,* 13 (1-2): 5-16, 2001.

Braithwaite, R. L. *et al.,* “Risks Associated with Tattooing and Body Piercing”, *Journal of Public Health Policy,* 20 (4): 459-470, 1999.

Brand, A., C. Richter-Landsberg y D. Leibfritz, “Multinuclear NMR Studies on the Energy Metabolism of Glial and Neuronal Cells”, *Developmental Neuroscience,* 15: 289-298, 1993.

Braut, G. S., “Obligations of Health Services in Work with Substance Abuse”, *Tidsskr Nor Laegeforen,* 9 de enero, 123 (1): 49-51, 2003.

Braverman, P. K., “Body Art: Piercing, Tattooing, and Scarification”, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 17: 505-519, 2006.

Breitbar, V., W. Chavkin y P. Wise, “The Accessibility of Drug Treatment for Pregnant Women: A Survey of Programs in Five Cities”, *American Journal of Public Health*, 84, núm. 10, 1658-1661, 1994.

Breiter, H. C., R. L. Gollub, R. M. Weisskof, D. N. Kennedy, N. Makris, J. D. Berke y J. M. Goodman, “Acute Effects of Cocaine on Human Brain Activity and Emotion”, *Neuron*, 19: 591-611, 1997.

Breiter, H. C. y S. L. Rauch, “Functional MRI and the Study of OCD, From Symptom Provocation to Cognitive-Behavioral Probes of Cortico-Striatal Systems and the Amygdala”, *Neuroimaging,* 3: 127-138, 1996.

Breiter, H. C. y B. R. Rosen, “Functional Magnetic Resonance Imaging of Brain Reward Circuitry in the Human”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 877: 523-547, 1999.

Brems, C., M. E. Johnson, L. Bowers, B. Lauver y V. A. Mongeau, “Comorbidity Training Needs at a State Psychiatric Hospital”, *Administration and Policy in Mental Health,* 30: 109-120, 2002.

Breton, J. J., G. Légare, C. Goulet, J. Laverdure e Y. D’Amours, “Santé mentale”, en *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois,* Quebec, Institut de la Statistique du Quebec, pp. 433-450, 1999.

Briere, J. y E. Gil, “Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions”, *American Journal of Orthopsychiatry,* 68: 609-620, 1998.

Briggs, G. G., R. K. Freeman y S. K. Yaffe (comps.), *Drugs in Pregnancy and Lactation,* Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.

Brito, M., “Tatuajes”, *Dermatología Revista Mexicana,* 30: 11-23, 1986.

Brockington, I., P. Hall y J. Levings, “The Community’s Tolerance of the Mentally Ill”, *The British Journal of Psychiatry,* 162: 93-99, 1993.

Brodsky, B. S., K. M. Malone, S. P. Ellis, R. A. Dulit y J. J. Mann, “Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior”, *American Journal of Psychiatry,* 154 (12): 1715-1719, 1997.

Brodsky, B. S., M. Oquendo, S. P. Ellis, G. L. Haas, K. M. Malone y J. J. Mann, "The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in Adults with Major Depression", *American Journal of Psychiatry*, 158 (11): 1871-1877, 2001.

Broers, B., F. Giner, P. Dumont y A. Mino, "Inpatient Opiate Detoxification in Geneva, Follow-up at 1 and 6 Months", *Drug and Alcohol Dependency*, 58: 85-92, 2000.

Broker, K. J., M. S. Aldrich, E. A. Robinson y R. A. Zucker, "Insomnia, Self-Medication, and Relapse to Alcoholism", *The American Journal of Psychiatry*, 158: 399-404, 2001.

Brook, J. S., M. Whiteman, P. Cohen, J. Shapiro y E. Balka, "Longitudinally Predicting Late Adolescent and Young Adult Drug Use: Childhood and Adolescent Precursors", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 34 (9): 1230-1238, 1995.

Brooks, T. L., E. R. Woods, J. R. Knight y L. A. Shrier, "Body Modification and Substance Use in Adolescents: Is There a Link?", *Journal of Adolescent Health*, 32 (1): 44-49, 2003.

Brooks-Gunn, J. y M. P. Warren, "Biological Contributions to Affective Expression in Young Adolescent Girls", *Child Development,* 60: 372-385, 1989.

Broome, K. M., P. M. Flynn y D. D. Simpson, "Psychiatric Comorbidity Measures as Predictors of Retention in Drug Abuse Treatment Programs", *Health Services Research,* 34: 791-806, 1999.

Broome, K. M., D. D. Simpson y G. W. Joe, "Patient and Program Attributes Related to Treatment Process Indicators in DATOS", *Drug and Alcohol Dependence,* 57: 127-135, 1999.

_____,"The Role of Social Support Following Short-Term Inpatient Treatment", *American Journal on Addictions,* invierno, 11 (1): 57-65, 2002.

Brooner, R., V. King, M. Kidorf, C. Schmidt y G. Bigelow, "Psychiatric and Substance Use Comorbidity Among Treatment Seeking Opioid Abusers", *Archives of General Psychiatry*, 54: 71-80, 1997.

Bros, D. W., "Felonious Sex Crime: The Possibility of Unilateral Cerebral Irradiation for the Offenders", *Medical Hypotheses,* octubre, 45 (4): 383-385, 1995.

Brown, G. K., A. T. Beck, R. A. Steer y J. R. Grisham, "Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68, 371-377, 2000.

Brown, K. M., P. Perlmutter y R. J. McDermott, "Youth and Tattoos: What School Health Personnel Should Know", *Journal of School Health,* 70: 355-360, 2000.

Brown, M., K. A. Comtois y M. M. Lineham, "Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder",

Journal of Abnormal Psychology, 111: 198-202, 2002.
Brown, M., G. Brown y S. Sharma, *Evidence Based to Value Based Medicine,* Chicago, American Medical Association Press, 2005.
Brown, S. A., M. Irwin y M. A. Schuckit, "Changes in Anxiety Among Abstinent Male Alcoholics", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 52: 55, 1991.
Brown, T., *Brown Attention-Deficit Disorder Scales,* San Antonio, The Psychological Corporation, 1996.
Brown-Peterside, P., L. Ren, M. A. Chiasson y B. A. Koblin, "Double Trouble: Violent and Non-Violent Traumas Among Women at Sexual Risk of HIV Infection", *Women Health,* 36 (3): 51-64, 2002.
Browne, A., "Violence Against Women by Male Partners. Prevalence, Outcomes, and Policy Implications", *American Psychologist,* 48 (10): 1077-1087, 1993.
Bruch, H., *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa,* Nueva York, Vintage Books, 1979.
Bruinvels, J., L. Pepplinkhuizen y D. Fekkes, "Derangement of One-Carbon Metabolism in Episodic Schizoaffective Psychoses", *Pharmacopsychiatry,* 21: 28-32, 1988.
Brunswick, D. J., J. D. Amsterdam, P. D. Mozley y A. Newberg, "Greater Availability of Brain Dopamine Transporters in Major Depression Shown by [99mTc] TRODAT-1 SPECT Imaging", *The American Journal of Psychiatry,* 160: 1836-1841, octubre, 2003.
Brusaferro, S., F. Barbone y P. Andrian, "A Study on the Role of the Family and Other Risk Factors in HCV Transmission", *European Journal of Epidemiology,* 15: 125-132, 1999.
Bucci, L. R., "Selected Herbals and Human Exercise Performance", *American Journal of Clinical Nutrition,* 72, supl.: 624-636, 2000.
Buchheim, A., B. Strauss y H. Kächele, "The Differential Relevance of Attachment Classification for Psychological Disorders", *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie,* 52: 128-133, 2002.
Buckley, P. F., "Prevalence and Consequences of the Dual Diagnosis of Substance Abuse and Severe Mental Illness", *Journal of Clinical Psychiatry,* 67, supl. 7: 5-9, 2006.
Bulik, C. M., P. Sullivan y M. McKee, "Characteristics of Bulimic Women with and without Alcoholism", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 20: 273-283, 1994.
Burger, T. y D. Finkel, "Relationships Between Body Modification and Very High-Risk Behavior in a College Population", *College Student Journal:* 203-214, 2002.
Burgues, A. W., "Adaptative Strategies of Recovery From Rape", *American Journal of Psychiatry,* 136: 1282, 1979.
Burgues, W., C. R. Hartman, C. A. Grant, C. L. Clover, W. Zinder y L. A. King, "Drawing a Connection from Victim to Victimizer", *Journal of Psychosocial*

Nursing & Mental Health Services, 29 de diciembre (12): 9-14, 1991.
Burnette, M. M., E. Meilahn, R. R. Wing y L. H. Kuller, "Smoking Cessation, Weight Gain, and Changes in Cardiovascular Risk Factors During Menopause: The Healthy Women Study", *American Journal of Public Health,* parte I, enero, 88 (1): 93-96, 1998.
Burns A., B. Lawlor y S. Craig (comps.), *Assessment Scales in Old Age Psychiatry,* Londres, Dunitz, 1999.
Burrus, O., "Does Alcoholism Have a Genetic Etiology?", *Revue de l'Infirmière,* octubre (15): 28-30, 1994.
Busaniche, J. N., A. M. Eymann, V. Mulli, M. C. Paz y C. Catsicaris, "Asociación entre adolescentes tatuados y conductas de riesgo", *Archivos Argentinos de Pediatría,* 104 (4): 309-315, 2006.
Bush, G., B. A. Vogt, J. Holmes, A. M. Dale, D. Greve, M. A. Jenike y B. R. Rosen, "Dorsal Anterior Cingulate Cortex: A Role in Reward-Based Decision Making", *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 99: 523-528, 2002.
Busto, U. E. y E. M. Sellers, "Anxiolytics and Sedative/Hypnotics Dependence", *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 86: 1647-1652, 1991.
Butz, A. M., M. Pulsifer, N. Marano, H. Belcher, M. K. Lears y R. Royall, "Effectiveness of a Home Intervention for Perceived Child Behavioral Problems and Parenting Stress in Children with In Utero Drug Exposure", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155: 1029-1037, 2001.
Callanan, M., "Sexual Assessment-Intervention for People with Epilepsy", *Clinical Nurses Practice Epilepsy,* 3 (1): 7-9, 1996.
Calloway, C. W., "Biological Adaptations to Starvation and Semistarvation", en R.T. Frankel y M. Yang (comps.), *Obesity and Weight Control,* M. D. Rockville, Aspen Publications, pp. 146-148, 1988.
Cami, J. y M. Farré, "Mechanisms of Disease: Drug Addiction", *New England Journal of Medicine*, 4 de septiembre, 349: 975-986, 2003.
Camphausen, R., *Return of the Tribal,* Rochester, Park Street Press, 1997.
Camus, V., C. Katona y C. De Mendonça Lima, "Teaching and Training in Old Age Psychiatry: A General Survey of the World Psychiatric Association Member Societies", *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 8: 694-699, 2003.
Cañas, P. D., "Rol biológico y nutricional de la taurina y sus derivados", *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (3): 15-23, 2002.
Cano, F. J., C. C. Zabaleta, M. de N. E. De la Torre, C. G. A. Yep y C. J. M. Melendi, "Tabaquismo pasivo prenatal y postnatal y bronquiolitis", *Anales de Pediatría,* 58: 115-120, 2003.
Cantwell, D. P. y L. Baker, "Issues in Classification of Child and Adolescent Psychopathology", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 27: 521-533, 1998.

Caranasos, G. J., "Training Law Enforcement Officers to Assist the Demented Elderly", *Journal of Applied Gerontology,* 9 (3): 355-362, 1990.
Caranasos, G. J. y J. Busby, "Sleep Disorders, Constipation, and Pain", *Geriatrics,* agosto, 40 (8): 87-90, 1985.
Cardinal, R. N., J. A. Parkinson, J. Hall y B. J. Everitt, "Emotion and Motivation: The Role of the Amygdala, Ventral Striatum, and Prefrontal Cortex", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26: 321-352, 2002.
Carelli, R. M. y J. Wondolowski, "Selective Encoding of Cocaine Versus Natural Rewards by Nucleus Accumbens Neurons is not Related to Chronic Drug Exposure", *The Journal of Neuroscience*, 23: 11214-11223, 2003.
Carey, J., A. Carr, J. Xu, C. Redko, D. T. Lane, R. C. Rapp, J. Goris y R. G. Carlson, "Individual and System Influences on Waiting Time for Substance Abuse Treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 34: 192-201, 2008.
Carling, P. J., "Housing, Community Support, and Homelessness: Emerging Policy in Mental Health Systems", *New England Journal of Public Policy,* 8: 281-295, 1992.
Carnes, P., *Out of the Shadows, Understanding Sexual Addiction,* Minneapolis, CompCare Publishers, 1983.
_____, *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict,* Minneapolis, CompCare Publishers, 1989.
_____, *Don't Call it Love: Recovery from Sexual Addiction,* Nueva York, Bantam Books, pp. 42-44, 1991.
Carrol, M. y C. Nich, "Differential Symptom Reduction in Depressed Cocaine Abusers Treated with Psychotherapy and Pharmacotherapy", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 183 (4): 251-259, 1995.
Carrol, M., C. Nich, S. A. Ball, E. McCance y J. Rounsaville, "Treatment of Cocaine and Alcohol Dependence with Psychotherapy and Disulfram", *Addiction,* 93 (5): 713-727, 1998.
Carroll, E., "Coca: The Plant and its Use", en *Cocaine 1977,* Washington, D. C., NIDA Research Monograph Series 13, 35-45, 1977.
Carroll, K. M., "Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy in Substance Abuse Treatment", en F. Rotgers, D. Keller y J. Morgenstern (comps.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique,* Nueva York, Guilford Press, 1996a.
_____, "Relapse Prevention as a Psychosocial Treatment Approach: A Review of Controlled Clinical Trials", *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4: 46-54, 1996b.
_____, "Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas", *Psiquiatría y Salud Integral,* 2: 35-45, 2000.
Carroll, K. M., C. H. N. Rachel, L. Sifry, K. F. Nuro, T. L. Frankforter, S. A. Ball., L. Fenton y B. J. Rounsaville, "A General System for Evaluating Therapist

Adherence and Competence in Psychotherapy Research in the Addictions", *Drug and Alcohol Dependence,* enero, 573: 225-238, 2000.
Carroll, K. M. y B. J. Rounsaville, "History and Significance of Childhood ADHD in Treatment-Seeking Cocaine Abusers", *Comprehensive Psychiatry,* 34: 75-82, 1993.
____, "On Beyond Urine: Clinically Useful Assessment Instruments in the Treatment of Drug Dependence", *Behaviour Research and Therapy,* noviembre, 40 (11): 1329-1344, 2002a.
_____, "Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas", *Psiquiatría y Salud Integral,* enero-febrero, pp. 46-53, 2002b.
_____, "Bridging the Gap: A Hybrid Model to Link Efficacy and Effectiveness Research in Substance Abuse Treatment", *Psychiatric Services*, marzo, 54 (3): 333-339, 2003.
_____, "Manual Guided Psychosocial Treatment: A New Virtual Requirement for Pharmacotherapy Trials?", *Archives of General Psychiatry*, 23: 43-51, 2002.
Carroll, K. M., B. J. Rounsaville y F. H. Gawin, "A Comparative Trial of Psychotherapies for Ambulatory Cocaine Abusers: Relapse Prevention and Interpersonal Psychotherapy", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17: 229-247, 1991.
Carroll, L. y R. Anderson, "Body Piercing, Tattooing, Self-Esteem, and Body Investment in Adolescent Girls", *Adolescence,* 37: 627-637, 2002b.
Carroll, K. M. y R. Schottenfeld, "Nonpharmacologic Approaches to Substance Abuse Treatment", *Medical Clinics of North America,* julio, 81 (4): 927-944, 1997.
Carroll, S. T., R. H. Riffenburgh, T. A. Roberts y E. B. Myhre, "Tattoos and Body Piercings as Indicators of Adolescent Risk-Taking Behaviors", *Pediatrics*, 109: 1021-1027, 2002.
Carrol, M., C. Nich y J. Rounsaville, "Differential Symptom Reduction in Depressed Cocaine Abusers Treated with Psychotherapy and Pharmacotherapy", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 183 (4): 251-259, 1995.
Carter, R. E. y K. Edwards, "Psychological Factors Associated with the Risk for Alcoholism", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12: 471-480, 1998.
Casado, S., "ADH: Déficit de atención con hiperactividad. Aspectos generales", *Psicología.com*, 6 (1): 17-22, 2002.
Casarino, E., "Desarrollo psicológico temprano y personalidad adicta. Temas de drogodependencia", en *Adicciones,* vol. II, Buenos Aires, Casaco, 1988.
Casco, M., "Historia de abuso y alcoholismo en un grupo de mujeres", *La psicología social en México,* IV, 167-171, 1992.
Casco, M. y G. Natera, "Comparación de las características psicosociales entre un grupo de mujeres y hombres alcohólicos", *La psicología social en México,* III:

195-199, 1990.
____, “El alcoholismo en la mujer: La explicación que ellas mismas dan”, *Salud Mental*, 16 (1): 24-29, 1993.
Casiglia, E., D. D'Este, G. Ginocchio y G. Colangeli, “Lack of Influence of Menopause on Blood Pressure and Cardiovascular Risk Profile: A 16-Year Longitudinal Study Concerning a Cohort of 568 Women”, *Journal of Hypertension,* junio, 14 (6): 729-736, 1996.
Casper, C., W. Groth y N. Hunzelmann, “Sarcoidal-Type Allergic Contact Granuloma: A Rare Complication of Ear Piercing”, *American Journal of Dermatopathology,* 26: 59-62, 2004.
Casper, R., E. Eckert y K. Halmi, “Bulimia: Its Incidence and Clinical Importance in Patients with Anorexia Nervosa”, *Archives of General Psychiatry,* 37: 1030-1035, 1980.
Cassab, M. J., “Psicopatología de la expresión a partir de los tatuajes en pacientes psiquiátricos internados: Un estudio epidemiológico”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría,* 35 (2): 89-96, 2002.
Cassano, G. B., S. Michelini, M. K. Shear *et al.,* “The Panic-Agoraphobic Spectrum: A Descriptive Approach to the Assessment and Treatment of Subtle Symptoms”, *The American Journal of Psychiatry*, 154: 27-38, 1997.
Castillo, F. P. I. y L. A. D. Gutiérrez, *Consumo de drogas en pacientes de ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, julio-diciembre, 2005/2006,* México, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, informes de investigación 06/05 a 07/01, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2008.
Castillo, I., A. Gutiérrez, B. Díaz, R. Sánchez y V. Guisa, “Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD), 2002”, Centros de Integración Juvenil, A. C., en *Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas 2002,* México, Conadic, SSA, 2003.
Castro de Bobadilla, D., “Tatuajes y su relación psicosocial”, *Compendio de medicina forense,* Tegucigalpa, pp. 33-37, 1995.
Castro, L. I. y M. López, “Técnicas de sondaje nasogástrico”, en L. I. Castro (coord.), *Guía de actuación en atención primaria,* Barcelona, SMY, 2a. ed., 2002.
CDC, Centers for Desease Control, “Valproate: A New Cause of Birth Defects — Report from Italy and Follow up from France”, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 32: 438-439, 1983.
____, “Statewide Prevalence of Illicit Drug Use by Pregnant Women, Rhode Island”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 39 (14): 225-227, 1990.
____, “Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients During Exposure Prone Invasive Procedures”, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 40, 1991.

_____, “Guidelines on the Management of Occupational Exposures to HIV”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45: 468, 1996.
_____, “Update: Recommendations to Prevent Hepatitis B Virus Transmission”, *U. S. Morbidity and Mortality Weekly Report* 48: 33-34, 1999.
_____, *1997 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases,* MMWR Recom. Rep. 1997, 47, Community Mobilization and AIDS: UNAIDS, Technical Update, Ginebra, abril, 1997.
CDC, Centers for Desease Control, *Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 1999,* MMWR, 49, núm. SS-5, 2000.
_____, “Summary of Notifiable Diseases. U. S., 2000”, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* 49: 1-102, 2002.
_____, “Can I get HIV from Getting a Tattoo or Through Body Piercing?”, http://www.cdc.gov, s. f. [Consulta en línea el 12 de febrero de 2003].
Cerezo, R., J. Grinberg, L. Schettino y L. Attie, “Biorretroalimentación de la correlación interhemisférica del EEG en sesiones espaciadas una semana en humanos”, *Revista Mexicana de Psicología,* 11 (2): 133-143, 1994.
Céspedes, V. A. J., J. P. Naranjo, P. C. Sebazco, T. Martínez y C. Medel, “Efectos de la tintura de *Melissa officinalis* l. sobre íleon aislado y en modelo de diarreas”, *Revista Cubana de Medicina Militar*, 25 (1): 23-36, 1996.
Chaitin, G. D., *Rhetoric and Culture in Lacan,* Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
Chakroun, A. y F. Bagbag, “Le tatouage”, *Annales Medico Psychologiques,* 1473: 337-340, 1989.
Champion, H. R., W. J. Sacco, R. L. Lepper, E. M. Atzinger, W. S. Copes y R. H. Prall, “Committee on the Medical Aspects of Automotive Safety. Rating the Severity of Tissue Damage. The Abbreviated Scale”, *Journal of the American Medical Association,* 215: 277-280, 1971.
Chander, E. y M. E. McCaul, “Co-occurring Psychiatric Disorders in Women with Addictions”, *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America,* 30: 469-481, 2003.
Chang, G. y T. R. Kosten, *Detoxification in Substance Abuse. A Comprehensive Textbook,* Filadelfia, Lippincott Williams & Wilkins, 3a. ed., 1997.
Chang, L., C. S. Grob y T. Ernst, “Effect of Ecstasy [3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)] on Cerebral Blood Flow: A Co-registered SPECT and MRI Study”, *Psychiatry Research: Neuroimaging,* 98: 15-28, 2000.
Chang, L., C. M. Mehringer y T. Ernst, “Neurochemical Alterations in Asymptomatic Abstinent Cocaine Users: A Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Study”, *Biological Psychiatry,* 42: 1105-1114, 1997.
Chao, J. y E. J. Nestler, “Molecular Neurobiology of Drug Addiction”, *Annual Review of Medicine,* 55: 113-132, 2004.

Chapman, A. L. K., L. Gratz y M. Z. Brown, "Solving the Puzzle of Deliberate Self-Harm: The Experimental Avoidance Model", *Behaviour Research and Therapy,* 44: 371-394, 2006.
Chappel, J. N. y D. Lewis, "Medical Education in Substance Abuse", en J. H. Lewinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrog (comps.), *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook,* Baltimore, William and Wilkins, 1992.
Charness, M. E., R. P. Simon y D. A. Greenberg, "Ethanol and the Nervous System", *New England Journal of Medicine* 321 (7): 442-454, 1989.
Charney, D. A., A. M. Paraherakis y K. J. Gill, "The Treatment of Sedative-Hypnotic Dependence: Evaluating Clinical Predictors of Outcome", *Journal of Clinical Psychiatry,* 61: 190-195, 2000.
Charney, D. S., "Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress", *Journal Watch Psychiatry,* 26 de febrero, 226: 100-103, 2004.
Chasin, L., C. C. Presson, J. Rose y S. Sherman, "What is Addiction? Aged Related Differences in the Meaning of Addiction", *Drug and Alcohol Dependence,* 87: 30-38, 2007.
Chassin, L., F. Rogosch y M. Barrera, "Substance Use and Symptomatology Among Adolescent Children of Alcoholics", *Journal of Abnormal Psychology,* 100 (4): 449-463, 1991.
Chatterjee, C. R. y A. L. Ringold, "A Case Report of Reduction in Alcohol Craving and Protection Against Alcohol Withdrawal by Gabapentin", *Journal of Clinical Psychiatry,* 60: 617, 1999.
Chelune, G. J., W. Ferguson, R. Koon y T. O. Dickey, "Frontal Lobe Desinhibition in Attention Deficit Disorder", *Journal of Child Psychiatry and Human Development,* 16: 221-232, 1986.
Chen, C., J. Biller, S. J. Willing y A. M. López, "Ischemic Stroke After Using Over the Counter Products Containing Ephedra", *Journal of the Neurological Sciences,* 217: 55-60, 2004.
Chen, T. Z., J. C. Wu y F. S. Yen, "Injection with Nondisposable Needles as an Important Route for Transmission of Acute Community-Acquired Hepatitis C Virus Infection in Taiwan", *Journal of Medical Virology,* 46: 247-251, 1995.
Chick, J., "Naltrexone for 3 or 12 Months in Addition to Psychosocial Counselling did not Reduce Drinking in Alcohol Dependence", *Evidence-Based Mental Health,* 5: 80-80, 2002.
Chick, J. y C. K. Erickson, "Consensus Conference on Alcohol Dependence and the Role of Pharmacotherapy in its Treatment", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 20 de abril (2): 391-402, 1996.
Child-Clarke, A., "Womens Health. Pause for Thought", *Nursing Times,* 27 de marzo-2 de abril, 92 (13): 50-51, 1996.
Childress, A. R., P. D. Mozley, W. McElgin, J. Fitzgerald, M. Reivich y C. P. O'Brien, "Limbic Activation During Cue-Induced Cocaine Craving", *The*

American Journal of Psychiatry, 156: 11-8, 1999.
Chimenos, E., I. Batlle, S. Velásquez, T. García, H. Viñals y X. Roselló, "Appearance and Culture: Oral Pathology Associated with Certain 'Fashions' (Tattoos, Piercings, etc.)", *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal,* 8: 197-206, 2003.
Chinman, M. J. y J. A. Linney, "Toward a Model of Adolescent Empowerment: Theoretical and Empirical Evidence", *Journal of Primary Prevention,* 18 (4): 393-413, 1998.
Chiu, E., D. Ames y C. Katona (comps.), *Vascular Disease and Affective Disorders,* Londres, Dunitz, 2002.
Chklovskii, D. B., B. W. Mel y K. Svoboda, "Cortical Rewiring and Information Storage", *Nature,* 431: 782-788, 2004.
Christensen, J. D., M. J. Kaufman y J. M. Levin, "Abnormal Cerebral Metabolism in Polydrug Abusers During Early Withdrawal: A 31P MR Spectroscopy Study", *Magnetic Resonance in Medicine*, 35: 658-663, 1996.
Christoffersen, M. N. y K. Soothill, "The Long-Term Consequences of Parental Alcohol Abuse: A Cohort Study of Children in Denmark", *Journal of Substance Abuse Treatment*, septiembre, 25 (2): 107-116, 2003.
Chychula, N. M. y C. Sciamanna, "Help Substance Abusers Attain and Sustain Abstinence", *The Nurse Practitioner,* noviembre, 27 (11): 30-47, 2002.
CICAD, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, *Informe final de la primera reunión del grupo de expertos sobre reducción de la demanda. Organización de Estados Americanos (OEA),* Buenos Aires, 29 de julio-1 de agosto, 1997.
CICAD, Informe final de la Primera Reunión del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, Organización de Estados Americanos, OEA, Buenos Aires, 29 de julio-1 de agosto, 1997.
Cigolle, C. T., K. M. Langa, M. U. Kabeto, Z. Tian y C. S. Blaum, "Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study", *Annals of Internal Medicine,* agosto, 1473: 156-164, 2007.
CIJ, Centros de Integración Juvenil, A. C., *Programas de prevención del consumo de drogas centrados en factores de riesgo,* informe de investigación núm. 96-98, México, CIJ, 1996.
____, *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento,* México, CIJ, 2002.
____, Dirección General Adjunta Normativa, Reunión Nacional, reporte interno, México, 11-15 de noviembre, 2002.
____, *Consumo de drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003,* México, CIJ, 2004.
____, *Guía técnica del programa de atención curativa,* México, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, CIJ, 2005a.

____, *Programa de deshabituación y mantenimiento con buprenorfina,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, CIJ, 2005b.

____, *Programa de deshabituación y mantenimiento con metadona,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, CIJ, 2006.

Ciraulo, D. A., J. Piechniczek-Bucxzek y E. Nalan Iscan, "Outcome Predictors in Substance Use Disorders", *Psychiatric Clinics of North America,* 26 de junio (2): 36-72, 2003.

CLACT, Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Primer Encuentro Nacional, México, 13-16 de abril, 1997.

Claes, L., W. Vandereycken y H. Vertommen, *Self-care Versus Self-harm: Piercing, Tattooing, and Self-injuring in Eating Disorders,* Leuven, John Wiley, 2007.

Clapp, L., B. Martin y T. P. Beresford, "Sublingual Cocaine: Novel Recurrence of an Ancient Practice", *Clinical Neuropharmacology,* 27 (2): 93-94, 2004.

Claxton, G., *Aprender. El reto del aprendizaje continuo,* Barcelona, Paidós, 2001.

Clinton, E. R., "Posttraumatic Stress Disorder Comorbid with Major Depression: Factors Mediating the Association with Suicidal Behavior", *The American Journal of Psychiatry,* PMID, 15741474, enero, 37 (8): 536-540, 2005.

Cloninger, C. R., "A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants", *Archives of General Psychiatry,* 44: 573-588, 1987a.

____, "Neurogenetic Adaptive Mechanisms in Alcoholism", *Science,* 236: 410-416, 1987b.

Cloninger, C. R., M. Bohman y S. Sigvardsson, "Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-Fostering Analysis of Adopted Men", *Archives of General Psychiatry*, 38 (8): 861-868, 1981.

CNDH, *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos,* México, 1995.

Cofepris, SSA, "Bebidas con taurina, cafeína y glucoronolactona", 3 de febrero, México, contacto_cofepris@salud.gob.mx, 2005.

Cohen, M., R. Forbess y M. Farkas, *Psychiatric Rehabilitation Training Technology: Developing Readiness for Rehabilitation,* Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2000.

Cole, C. M., D. L. Cory, C. A. Mckenzie, E. May y W. J. Meyer, "Policy Development for the Control of Sex-offending Behavior", *Texas Medicine,* marzo, 93 (3): 65-69, 1997.

Cole, J., T. K. Logan y L. Shannon, "Risky Sexual Behavior Among Women with Protective Orders Against Violent Male Partners", *AIDS Behaviour,* enero, 11 (1): 103-112, 2007.

Cole, W., "Incest Perpetrators. Their Assessment and Treatment", *Psychiatric Clinics of North America,* septiembre, 15 (3): 689-701, 1992.

Colegio Americano de Ginecológos y Obstetras, "La toma de decisiones éticas en ginecología y obstetricia", *Boletín Técnico,* núm. 136, noviembre, 1989.
Coleman, E., "The Obsessive-Compulsive Model for Describing Compulsive Sexual Behavior", *American Journal of Preventive Psychiatry Neurology,* 2 (3): 9-14, 1990.
Comings, D., B. Comings, D. Muhleman, G. Dietz, B. Shahbahrami y D. Tast, "The Dopamine D2 Receptor Locus as a Modifying Gene in Neuropsychiatric Disorders", *Journal of the American Medical Association,* 266: 1793-1800, 1991.
Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry, "Responsability and Options in Drug Addiction", *Psychiatry Services,* 53: 707-713, 2002.
Committee on the Medical Aspects of Automotive Safety, "Rating the Severity of Tissue Damage: The Comprehensive Scale", *Journal of the American Medical Association* 220: 717-720, 1972.
Commitee to Study Medication Development and Research at National Institute on Drug Abuse", en C. E. Fulco, C. T. Liverment y L. E. Early (comps.), *The Development of Medications for the Treatment of Opiate and Cocaine Addictions, Issues for the Goverment and Private Sector,* Washington, D. C., National Academy Press, 1995.
Compton, W. M., "Cocaine Use and HIV Risk in out of Treatment Drug Abusers", *Drug and Alcohol Dependence,* 58: 215-218, 2000.
Conadic, Consejo Nacional Contra las Adicciones, *Construye tu vida sin adicciones. Modelo de prevención,* México, Conadic, 1998.
____, *Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas 2002,* México, Conadic, SSA, 2003.
Conadic/CIJ, Comisión de Tratamiento, Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, mesa de trabajo Modelos de Tratamiento y Tipos de Intervención, Guía de Identificación de Instituciones, México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, CIJ, 2005.
Conadic, SSA, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C., Centro Nacional para la Prevención de Accidentes, Cenaprea, Secretaría de Seguridad Pública, D. F., Foro "Alcohol, alcoholismo y accidentes", XIII Semana Nacional de Información contra el Alcoholismo Compartiendo Esfuerzos, Hotel Fiesta Americana Reforma, México, 24 de enero de 2008.
Conapo, Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la población de México, 2000-2050,* México, Consejo Nacional de Población, 2002.
Conasida, Consejo Nacional contra el Sida, *Guía para la atención de pacientes con infección por VIH/sida en consulta externa y hospitales,* México, Conasida, 1997.
Cone, E. J., M. J. Welch y M. B. Babecki, "Hair Testing for Drugs of Abuse: International Research on Standards and Technology", NIDA US Departament

of Health and Human Services, PHS/NIH, núm. 95-98, 1995.
Conner, K. M., J. R. T. Davidson y R. H. Weisler, "A Pilot Study of Mirtazapine in Posttraumatic Stress Disorder", en *Scientific Abstracts of the 37th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology,* 14-18 de diciembre, Las Croabas, Puerto Rico, 1998.
Conners, C. y J. Jett, *ADHD (in Adults and Children). The Latest Assessment and Treatment Strategies,* Salt Lake City, Compact Clinicals, 1999.
Connor, K. M., S. M. Sutherland, L. A. Tupler, M. L. Malik y J. R. T. Davidson, "Fluoxetine in Post-Traumatic Stress Disorder: Randomised, Double-Blind Study", *The British Journal of Psychiatry*, 175: 17-22, 1999.
Connors, G., D. Donovan y C. DiClemente, *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change: Selecting and Planning Interventions,* Nueva York, Guilford Press, 2002.
Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, *Principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud,* Ginebra, Naciones Unidas, 1991.
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, México, Trillas, 2002.
Cook, E. H., M. A. Stein, M. D. Krasowski y N. J. Cox, "Association of ADHD and the Dopamine Transporter Gene", *American Journal of Human Genetics,* 56: 93-98, 1995.
Cook, J. A., A. F. Lehman, R. Drake *et al.,* "Integration of Psychiatric and Vocational Services: A Multisite Randomized, Controlled Trial of Supported Employment", *The American Journal of Psychiatry,* 162: 1948-1956, 2005.
Cooke, D. J., "Treatment as an Alternative to Prosecution: Offenders Diverted for Treatment", *The British Journal of Psychiatry,* junio, 158: 785-791, 1997.
Coope, J., "Hormonal and Non-Hormonal Interventions for Menopausal Symptoms", *Maturitas,* marzo, 23 (2): 159-168, 1996.
Cooper-Patrick, L., R. M. Crum y D. E. Ford, "Identifying Suicidal Ideation in General Medical Patients", *Journal of the American Medical Association,* 272 (22): 1757-1762, 1994.
Copello, A. y J. Orford, "Addiction and the Family: Is it Time for Services to Take Notice of the Evidence?", *Addiction,* noviembre, 97 (11): 1361-1363, 2002.
Coplan, J. D., D. S. Pine, L. A. Papp y J. M. Gorman, "An Algorithm-Oriented Treatment Approach for Panic Disorder", *Psychiatric Annals,* 26: 192-201, 1996.
Córdoba, A., "Los fundamentos de la relación médico paciente", *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 2: 132-144, 1989a.
____, "El médico frente a la vida y frente a la muerte", *Anales de la Academia de Medicina de Medellín,* 2: 66-72, 1989b.
Cornelius, J. R., I. M. Salloum, J. G. Ehler, P. J. Jarrett, M. D. Cornelius y J. M. Perel, "Fluoxetine in Depressed Alcoholics: A Double-Blind, Placebo-

Controlled Trial", *Archives of General Psychiatry,* 54: 700-705, 1997.
Corrigan, P. y A. C. Watson, "The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness, Clinical Psychology", *Science and Practice,* 9, 35-53, 2002.
Corrigan, P. W., "Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change", *Clinical Psychology: Science and Practice,* 7: 48-67, 2000.
_____, "How Stigma Interferes with Mental Health Care", *American Psychologist,* 59, 614-625, 2004.
Corrigan, P. W., A. Backs-Edwards, A. Green y S. Lickey-Diwan, "Penn D. Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness", *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219-225, 2001.
Corrigan, P. W., S. L. Diwan, S. G. McCracken, K. Oliver, A. Backs, F. Rashid, J. Campion y R. Davies-Farmer, "Organizational Correlates to Attitudes About Behavioral Programs", *Behaviour Change,* 18 (2): 114-123, 2001.
Corrigan, P. W., F. Markowitz, A. Watson, D. Rowan y M. A. Kubiak, "Two Models that Explain the Public's Discrimination of People with Mental Illness", *Schizophrenia Bulletin,* 28 (2): 293-309, 2002.
Corrigan, P. W. y S. G. McCracken, "Refocusing the Training of Psychiatric Rehabilitation Staff", *Psychiatric Services,* 46: 1172-1177, 1995.
_____, "Rehab Rounds: Training Teams to Deliver Better Psychiatric Rehabilitation Programs", *Psychiatric Services,* enero, 50: 43-45, 1999.
Corrigan, P. W., S. G. McCracken y E. P. Holmes, "Motivational Interviews as Goal Assessment for Persons with Psychiatric Disability", *Community Mental Health Journal,* 37: 113-122, 2001.
Corrigan, P. W. y D. L. Penn, "Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma", *American Psychologist,* 54: 765-776, 1999.
Corrigan, P. W., L. P. River y R. K. Lundin, "Stigmatizing Attributions about Mental Illness", *American Journal of Community Psychology,* 28: 91-103, 2000.
_____, "Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness", *Schizophrenia Bulletin*, 27: 187-195, 2001.
Corrigan, P. W., N. Slopen y G. Gracia, "Some Recovery Processes in Mutual-Help Groups for Persons with Mental Illness, II: Qualitative Analysis of Participant Interviews", *Community Mental Health Journal,* 41: 721-735, 2005.
Costa, A. M., UNODOC *Report of the 49th Session of the Commission on Narcotic Drugs,* ONU, Viena, 13 de marzo, 2006.
Costa, M. y E. López, *Educación para la salud,* Madrid, Pirámide, 1996.
Cottingham, E. M. y P. E. Keck, "Psychosis Associated with Pseudoephedrine and Dextromethorphan", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* diciembre, 38 (12): 1471-1472, 1999.

Crawford, A. M., M. A. Pentz, C. P. Chou, C. Li y J. H. Dwyer, "Parallel Developmental Trajectories of Sensation Seeking and Regular Substance Use in Adolescents", *Psychology of Addictive Behaviors,* 17 (3): 179-192, 2003.

Crisp, A. H., M. G. Gelder y S. Rix, "Stigmatisation of People with Mental Illnesses", *The British Journal of Psychiatry,* 177: 4-7, 2000.

Crisp, H., S. Callender y C. Haleck, "Long-Term Mortality in Anorexia Nervosa: A 20 Year Follow-Up. St. George's and Aberdeen Cohorts", *The British Journal of Psychiatry,* 161: 104-107, 1996.

Cristal, J. H., J. A. Cramer, W. F. Krol, G. F. Kira e Y. Rosenheck, "Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence", *New England Journal of Medicine,* 345: 1734-1739, 2001.

Crocker, J. y B. Major, "Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma", *Psychological Review,* 96: 608-630, 1989.

Crockett, G., "The Convict Tattoo", *Social Alternatives,* 17 (4): 14-18, 1998.

Crosbie, J. y R. Schachar, "El control inhibitorio deficiente como subgrupo del TDA/H", *The American Journal of Psychiatry,* 158: 1455-1459, 2001.

Crowley, T. J., M. J. MacDonald, E. A. Whitmore y S. K. Mikulich, "Cannabis Dependence, Withdrawal, and Reinforcing Effects Among Adolescents with Conduct Symptoms and Substance Use Disorders", *Drug and Alcohol Dependence,* 50: 27-37, 1998.

Crown, S., "Individual Long Term Psychotherapy", en S. Bloch (comp.), *Introduction to the Psychotherapies,* Nueva York, Oxford University Press, 1979.

Cruess, R., *The Teaching of Professionalism,* Cambridge, Cambridge University Press, 2008.

Cruz Moreno, D. L., y M. Souza y M., "Habilidades y destrezas del personal de salud mental y adicciones", Seminario de Actividades Académicas, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES-SEP, enero, México, 2007.

CSAT, Center for Substance Abuse Treatment, *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP),* serie 42, DHHS publication núm. (SMA) 05-3922, Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

Cuffel, B., "Comorbid Substances Use Disorder: Prevalence. Patterns of Use and Course", en R. Drake y K. T. Mueser (comps.), *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Disorder, Recent Research and Clinical Implications,* San Francisco, Jossey-Bass, pp. 93-105, 1996.

Cuijpers, P. y G. M. Schippers, "Introduction. Integrating Substance Abuse Treatment and Prevention in the Community", *Addictive Behaviors,* noviembre-diciembre, 27 (6): 847-849, 2002.

Cuisinier, C., "Changes in Plasma and Urinary Taurine and Amino Acids in Runners Immediately and 24 h After a Maraton", *Amino Acids,* 20 (1): 13-23, 2001.

_____, “Role of Taurine in Osmoregulation During Endurance Exercise”, *European Journal of Applied Physiology,* 87 (6): 489-495, 2002.

Cummings, J. L. (comp.), *The Neuropsychiatry of Alzheimer’s Disease and Related Dementias,* Londres, Dunitz, 2003.

Cunningham, J. A., K. Humphreys y A. Koski-Jannes, “Providing Personalized Assessment Feedback for Problem Drinking on the Internet: A Pilot Project”, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* noviembre, 61 (6): 74-78, 2000.

Currie, J. C., *Best Practices Treatment and Rehabilitation of Youth with Problems of Drug Use. Focus Consultants for Canada’s Drug Strategy Division Health Canada. Canadian Strategy against Drugs,* Publications Health Canada, Ottawa, 2001.

Cutler, D. L., “Clinical Care Update, The Chronically Mentally Ill”, *Community Mental Health Journal,* 21: 3-13, 1985.

Cutson, T. M., “Managing Menopause”, *American Family Physician,* marzo, 61 (5): 1391-1400, 2000.

D’Ippoliti, D. *et al.,* “Retention in Treatment of Heroin Users in Italy: The Role of Treatment Type and of Methadone Maintenance Dosage”, *Drug & Alcohol Dependence,* 52 (1): 167-171, 1998.

D’Zurilla, T. J., E. C. Chang, E. J. Nottingham y L. Faccini, “Social Problem Solving Deficits and Hopelessness, Depression, and Suicidal Risk in College Students and Psychiatric Inpatients”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 54: 1091-1107, 1998.

Da Silveira, D. X., “Reports of Attempted Suicide among Brazilian Addicts”, *Psychological Research-Psychologische Forschung,* agosto, (1): 71-74, 2004.

Daeppen, J., B. Yersin y U. Landry, “Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Embedded within a General Health Risk Screening Questionnaire: Results of a Survey in 332 Primary Care Patients”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 24: 659-665, 2000.

Dahchour, A., E. Quertemont y P. Witte, “Taurine Increases in the Nucleus Accumbens Microdialysate After Ethanol Administration to Naive and Chronically Alcholised Rats”, *Brain Research,* 735 (1): 9-19, 1996.

Dalton, C. A. y M. Keller, “Child Abuse: Past, Present, Future”, *Journal of the Medical Association of Georgia,* septiembre, 85 (3): 149-151, 1996.

Dausey, D. y J. Desaira, “Psychiatric Comorbidity and the Prevalence of HIV Infection in a Sample of Patients in Treatment for Substance Abuse”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, enero, 191 (1): 10-17, 2003.

David, S., “Self Images in Neuroscience: Drug Dependence and Addiction: Neural Substrates”, *American Journal of Psychiatry,* febrero, 161: 223, 2004.

Davidson, J., T. Pearlstein, P. Longborg, K. T. Brady, B. Rothbaum, J. Bell *et al.,* “Efficacy of Sertraline in Preventing Relapse of Posttraumatic Stress Disorder: Results of a 28-week Double-Blind, Placebo-Controlled Study”, *The American Journal of Psychiatry,* 158: 1974-1981, 2001.

Davis, K. C., J. Norris, W. H. Geroge, J. Martell y J. R. Heiman, "Rape-Myth Congruent Beliefs in Women Resulting from Exposure to Violent Pornography: Effects of Alcohol and Sexual Arousal", *Journal of Interpersonal Violence,* 21 de septiembre (9): 1208-1223, 2006.

Davis, L. L., A. L. Nugent, J. Murray, G. L. Kramer y F. Petty, "Nefazodone Treatment for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: An Open Trial", *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 20: 159-164, 2000.

Dawson, R., M. Biasetti, S. Messina y J. Dominy, "The Cytoprotective Role of Taurine in Exercise-Induced Muscle Injury", *Amino Acids*, 22 (4): 309-324, 2002.

Dazord, A., P. Gerin, J. Iahns y A. Andreoli, "Pretreatment and Process Measures in Crisis Intervention as Predictors of Outcome", *Psychotherapy Research*, verano-invierno, vol. 1 (2): 135-147, 1991.

De Beurs, E., A. T. F. Beekman, A. J. L. Van Balkom, D. J. H. Deeg, R. Van Dyck y W. Tilburg, "Consequences of Anxiety in Older Persons: Its Effect on Disability, Well-being, and Use of Health Services", *Psychological Medicine,* 29: 583-593, 1999.

De Beurs, E., A. T. F. Beekman, D. J. H. Deeg *et al.,* "Predictors of Change in Anxiety Symptoms of Older Persons: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam", *Psychological Medicine*, 30: 515-527, 2000.

De la Fuente. R. y F. J. álvarez L., *Biología de la mente,* México, Fondo de Cultura Económica, 1998.

De la Garza Aguilar, J. y E. Díaz-Michel, "Elements for the Study of Rape", *Salud Pública de México,* noviembre-diciembre, 39 (6): 539-545, 1997.

De León, G., "Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework", *Substance Use & Misuse,* 30 (12):1603-1645, 1995.

De Moor, R. J., A. M. De Witte y M. A. de Bruyne "Tongue Piercing and Associated Oral and Dental Complications", *Endodontia and Dental Traumatology,* 16: 232-237, 2000.

De Roten, Y., E. Gilliéron, J. Despland y M. Stigler, "Functions of Mutual Smiling and Alliance Building in Early Therapeutic Interaction", *Psychotherapy Research,* 12:193-212, 2002.

De Wit, H., "Individual Differences in Acute Effects of Drugs in Humans: Their Relevance to Risk for Abuse", *NIDA Research Monograph,* 169: 176-187, 1998.

DEA, Drug Enforcement Administration, *Methylphenidate Review Document,* Washington, D. C., Office of Diversion Control, Drug and Chemical Evaluation Section, 1995.

Debattista, C., H. B. Solvason, J. Poirier, E. Kendrick y A. F. Schatzberg, "A Prospective Trial of Bupropion SR Augmentation of Partial and Non-Responders to Serotonergic Antidepressants", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23: 27-30, 2003.

Deckers, C. L., Y. A. Hekster, A. Keyser, M. W. Lammers, H. Meinardi y W. O. Renier, "Adverse Effects in Epilepsy Therapy. Wait and See or go for it?", *Acta Neurologica Scandinavica,* 95 (4): 248-252, 1997.

Defey, D., E. Storch, S. Cardozo, O. Díaz y G. Fernández, "The Menopause: Women's Psychology and Health Care", *Social Science & Medicine,* mayo, 42 (10): 1447-1456, 1996.

Delgado, A. y D. Janz, "Consensus Guidelines: Preconception Counseling, Management, and Care of the Pregnant WWE", *Neurology,* 42, 4 (5): 149-160, 1992.

Demilio, L., "Psychiatric Syndromes in Adolescent Substance Abusers", *The American Journal of Psychiatry,* 146: 1212-1214, 1989.

Demyttenaere K., R. Bruffaerts y J. Posada-Villa, "World Mental Health Survey Consortium Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys", *Journal of the American Medical Association,* junio 2, 291 (21): 2581-2590, 2004.

Department of Health, "Mental Health Policy Implementation Guide. Dual Diagnosis Good Practice Guidance", Londres, Department of Health, 2002.

Deroche-Gamonet, V., D. Belin y P. V. Piazza, "Evidence for Addiction-like Behavior in the Rat", *Science,* 305: 1014-1017, 2004.

Descartes, R., *Discurso del método,* Buenos Aires, Losada, 1964.

Deutsch, H., *Psychoanalysis of the Social Functions of Women,* Mazel, Roazen P. Karnac Books-Brunner, 1991.

Devine, P. G., "Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 5-18, 1989.

Deykin, E. Y. y S. L. Buka, "Prevalence and Risk Factors of Posttraumatic Stress Disorder Among Chemically Dependent Adolescents", *The American Journal of Psychiatry,* 154: 752-757, 1997.

Dhossche, D., K. S. Snell y S. Larder, "A Case-control Study of Tattoos in Young Suicide Victims as a Possible Marker of Risk", *Journal of Affective Disorders*, 59 (2): 165-168, 2000.

Di Chiara, G., "A Motivational Learning Hypothesis of the Role of Mesolimbic Dopamine in Compulsive Drug Use", *Journal of Psychopharmacology,* 12: 54-67, 1998.

_____, "The Role of Dopamine in Drug Abuse Viewed from the Perspective of its Role in Motivation", *Drug and Alcohol Dependence*, 38: 95-137, 1995.

Dias, P., "Adolescent Substance Abuse: Assessment in the Office", *Pediatric Clinics of North America*, 49 (2): 1-23, 2002.

Díaz Barriga, S. L., *Manual para la realización del examen físico y neurológico a pacientes farmacodependientes,* México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1995.

____, *Clasificación y farmacología de las sustancias psicoactivas,* México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1996.
Díaz Barriga, S. L., C. V. M. Guisa y H. R. Sánchez, *Alternativas de rehabilitación en salud mental,* México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1996.
Díaz Barriga, S. L., M. Souza y M., R. R. Romero, B. E. Quijano y C. V. M. Guisa, *Marco conceptual y consideraciones para la evaluación de programas antiadictivos,* México, Dirección General Adjunta Normativa, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.
Díaz Barriga, S. L. y M. Souza y M., "Psicoterapia psicodinámica de las adicciones", *Liber@ddictus,* abril, 69: 13-16, 2003.
Díaz Michel, E., y J. de la Garza, E. Michel y E. Jiménez, "Violación. Perfil de la víctima, agresor y sitio en que se desarrolla", en *Memorias del I Congreso Nacional de la Federación de Sociedades Pro Salud Mental, A. C.,* México, CMN, IMSS, 1993.
DiClemente, R. J., G. M. Wingwood y R. Crosby, "Parental Monitoring: Association with Adolescents' Risk Behaviors", *Pediatrics,* 107: 1363-1368, 2001.
Dincer, S., S. Ozenirler, E. Oz, G. Akyol y C. Ozogul, "The Protective Effect of Taurine Pretreatment on Tetrachloride Induced Hepatic Damage. A Light and Electron Microscopic Study", *Aminoacids,* 22: 417-426, 2002.
Dinwiddie, S. H., T. Reich y C. R. Cloninger, "Psychiatric Comorbidity and Suicidality Among Intravenous Drug Users", *Journal of Clinical Psychiatry,* octubre, 53 (10): 364-369, 1998.
Dixon, S. D. y R. Bejar, "Echoencephalographic Findings in Neonates Associated with Maternal Cocaine and Methamphetamine Use: Incidence and Clinical Correlates", *Journal of Pediatrics,* 115: 770-778, 1989.
Dodes, L. M., "Addiction, Helplessness, and Narcissistic Rage", *Psychoanalytic Quarterly*, 59: 398-419, 1990.
____, "Compulsion and Addiction", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44: 815-835, 1996.
Dols, M. W., "Insanity and its Treatment in Islamic Society", *Medical History*, 31: 1-23, 1987.
Donohoe, R. T. y D. Benton, "Cognitive Functioning is Susceptible to the Level of Blood Glucose", *Psychopharmacology*, 145: 378-385, 1999.
Dove, H. W., "Postgraduate Education and Training in Addiction Disorders. Defining Core Competences", *Psychiatric Clinics of North America,* 22 (2): 481-488, xi, 1999.
Draper, B., "Training in Old Age Psychiatry", *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 18: 683-685, 2003.
Drewnowski, A., D. Yee y C. Kurth, "Eating Pathology and DSM III-R Bulimia Nervosa: A Continuum of Behavior", *The American Journal of Psychiatry,*

151: 1217-1219, 1994.
Drews, D. R. *et al.,* "Behavioral and Self-Concept Differences in Tattooed and Non-tattooed College Students", *Psychological Research-Psychologische Forschung,* 86 (2): 475-481, 2000.
Dudai, Y., "Molecular Bases of Long-Term Memories: A Question of Persistence", *Current Opinion in Neurobiology*, 12: 211-216, 2002.
Duffy, L. S., D. B. Greenberg, J. Younger y M. G. Ferraro, "Iatrogenic Acute Estrogen Deficiency and Psychiatric Syndromes in Breast Cancer Patients", *Psychosomatics,* julio-agosto, 40 (4): 304-308, 1999.
Duncan, R. D., B. E. Saunders y D. G. Kilpatrick, "Childhood Physical Assault as a Risk Factor for PTSD, Depression, and Substance Abuse: Findings from a National Survey", *American Journal of Orthopsychiatry,* 66: 437-438, 1996.
Duncan, S., J. Blacklaw, G. H. Beastall y M. J. Brodie, "Sexual Function in Women with Epilepsy", *Epilepsia,* 38 (10): 1074-1081, 1997.
Dunn, J., "Lead Consultant in Substance Misuse. Adherence to Substitute Opioid Prescribing: Survey of Inner-London Drug Services", *Psychiatric Bulletin of The Royal College of Psychiatrists,* 33: 336-340, 2009.
Dunn, P. M., T. H. Gallagher, M. O. Hodges, T. J. Prendergast, G. D. Rubenfeld y S. W. Tolle, "Medical Ethics: An Annotated Bibliography", *Annals of Internal Medicine,* 121: 627-632, 1994.
Durkheim, É., *El suicidio,* México, UNAM, 1987.
Eagly, A. H. y S. Chaiken, *The Social Psychology of Attitudes,* Fort Worth, Harcourt Brace Jovanovich, 1993.
Eames, V. y A. Roth, "Patient Attachment Orientation and the Early Working Alliance – A Study of Patient and Therapist Reports of Alliance Quality and Ruptures", *Psychotherapy Research*, 10: 421-434, 2000.
Earls, F., W. Reich, K. G. Jung y C. R. Cloninger, "Psychopathology in Children of Alcoholic and Antisocial Parents", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 12 (4): 481-487, 1988.
Eaton-Williams P. y D. M. Warburton, "A Comparison of the Effects of Scopolamine and Diazepam on Working Memory", *Psychopharmacology,* 105: 442-445, 1991.
Ebstein, R., O. Novick, R. Umansky, B. Priel, Y. Osher y D. Blaine, "Dopamine D4 Exon III Polymorphism Associated with the Human Personality Trait of Novelty Seeking", *Nature Genetics,* 12: 78-80, 1996.
Echegoyen, O. J., *Historia de la filosofía,* vol. 3*, Filosofía contemporánea,* Madrid, Edinumen, 2003.
Eckert W. G., S. Katchis y W. Donovan, "The Pathology and Medicolegal Aspects of Sexual Activity", *American Journal of Forensic Medicine and Pathology,* marzo, 12 (1): 3-15, 1991.
Edgerton, R. B. y H. Dingman, "Tattooing and Identity", *Journal of Social Psychiatry,* 9: 143-153, 1963.

"Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction", *Journal of the American Medical Association,* 280: 1936-1943, 1998.
Ehrenwald, J., "Psi Phenomena in Psychiatry and Psychotherapy", en S. Arieti (comp.), *New Dimensions in Psychiatry: A World Wide View,* vol. 2, Nueva York, John Wiley, 1977.
Einat, H. R. y H. Belmaker, "The Effects of Inositol Treatment in Animal Models of Psychiatric Disorders", *Journal of Affective Disorders*, 62: 113-121, 2001.
Eisenberg, L., "Sounding Board: Treating Depression and Anxiety in Primary Care. Closing the Gap Between Knowledge and Practice", *New England Journal of Medicine,* 326: 1080-1084, 1992.
El-Guebaly, N., "Twin Research and Practice Guidelines in the Management of Addictions", *Canadian Journal of Psychiatry,* febrero, 48 (1): 3-4, 2003.
El-Guebaly, N., J. Toews, J. Lockyer y S. Armstrong, "Medical Education in Substance-Related Disorders: Components and Outcome", *Addiction,* junio, 95 (6): 949-957, 2000.
Elizondo, L. J. A., "Evolución histórica del concepto de alcoholismo", en F. R. Velasco, *Alcoholismo. Visión integral*, México, Trillas, 1997.
Ellenhorn, M. J., "Ethanol Toxicity in a Critical Care Center", en J. B. Hall *et al.* (comps.), *Principles of Critical Care,* Nueva York, McGraw-Hill, 1992.
Ellenhorn, M. y G. Barceloux, *Medical Toxicology,* Nueva York, Elsevier, 1988.
Ellenhorn, M. J., S. Schonwald, G. Ordog y J. Wasserberger, *Ellenhorn's Medical Toxicology. Diagnosis and Treatment of Human Poisoning,* Baltimore, Lippincott William and Wilkins, 1997.
Ellinwood, E. H., "Drug Addiction and its Treatment: Nexus of Neuroscience and Behavior", *New England Journal of Medicine,* octubre, 337: 1094-1095, 1997.
Emmanuel, N. P., O. Brawman-Mintzer y W. A. Morton *et al.,* "Bupropion-SR in Treatment of Social Phobia", *Depression and Anxiety*, 12: 111-113, 2000.
ENA, *Encuesta Nacional de Adicciones,* México, Secretaría de Salud, 1993.
____, *Encuesta Nacional de Adicciones,* México, Secretaría de Salud, 1994.
____, *Encuesta Nacional de Adicciones,* México, Secretaría de Salud, 2008.
____, *Encuesta Nacional de Adicciones 1998,* Secretaría de Salud, México, 1998.
____, *Encuesta Nacional de Adicciones 2002,* Consejo Nacional Contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de La Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 2003.
Encuesta Nacional de Salud II, México, Dirección General de Epidemiología, SSA, 1994.
Enoch, M. A. y D. Goldman, "Problem Drinking and Alcoholism: Diagnosis and Treatment", *American Family Physician*, febrero, 1, 65 (3): 449-450, 2002.
Eric, C. A., V. Douglas y J. H. Carlson, "Menopause and Hormone Replacement Therapy From Holistic and Medical Perspectives", *Issues in Mental Health*

Nursing, marzo-abril, 172: 153-168, 1996.
Erkkola R., L. Kangas y A. Pekkarinen, "The Transfer of Diazepam Across the Placenta During Labour", *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,* 52: 167-170, 1973.
Ernst, E., "Complementary Therapies for Addictions: Not an Alternative", *Addiction*, diciembre, 97 (12): 1491-1492, 2002.
Ernst, T., L. Chang, M. Leonido-Yee y O. Speck, "Evidence for Long-term Neurotoxicity Associated with Methamphetamine Abuse. A HMRS Study", *Neurology,* 54: 1344-1349, 2000.
Erwin, M. B. y E. N. Deliargyris, "Cocaine-Associated Chest Pain", *American Journal of the Medical Sciences,* 324: 37-44, 2002.
Escobar, A., "El retorno de la neurología y la psiquiatría a la neuropsiquiatría", *Revista Mexicana de Neurociencia,* 6 (6): 478-479, 2005.
Espinoza, R., "Efectos de algunas drogas sobre el feto recién nacido", en A. Pérez y E. Donoso, *Obstetricia,* Santiago, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 3a. ed., 1999.
Esposito, C., A. Spirito, J. Boergers y D. Donaldson, "Affective, Behavioral, and Cognitive Functioning in Adolescents with Multiple Suicide Attempts", *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 33: 389-399, 2003.
Essau, C. A., J. Conradt y F. Peterman, "Frequency and Co-morbidity of Social Fears in Adolescents", *Behaviour Research and Therapy,* 37: 831-843, 1999.
Etchegoyen, G. S., D. Ortiz, R. G. Goya y C. Sala, "Assessment of Cardiovascular Risk Factors in Menopausal Argentinian Women", *Gerontology,* 41 (3): 166-172, 1995.
Etheridge, R. M., S. G. Craddock, R. L. Hubbard y J. L. Rounds-Bryant, "The Relationship of Counselling and Self-Help Participation to Patient Outcomes in DATOS", *Drug and Alcohol Dependence*, 57: 99-112, 1999.
Evans, E., K. Hawton, K. Rodham y J. Deeks, "The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents", *Suicide & Life-Threatening Behavior,* 35, 239-250, 2005.
Everitt, B. J., J. A. Parkinson, M. C. Olmstead, M. Arroyo, P. Robledo y T. W. Robbins, "Associative Processes in Addiction and Reward: The Role of Amygdala-Ventral Striatal Subsystems", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 877: 412-438, 1999.
Eyler, F. D., M. Behnke, C. W. Garvan, N. S. Woods, K. Wobie y M. Colon, "Newborn Evaluations of Toxicity and Withdrawal Related to Prenatal Cocaine Exposure", *Neurotoxicology Teratology,* 23: 399-411, 2001.
Fábrega, H., "Psychiatric Stigma in Non-Western Societies", *Comprehensive Psychiatry,* 32: 534-551, 1991.
Facultad de Medicina, *Estudio analítico del expediente clínico,* México, UNAM, México, 1997.

Fagerström, K. O., "Measuring Degrees of Physical Dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment", *Addictive Behaviors,* 3: 235-241, 1978.

Fairburn, C. y M. Marcus, "Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating and Bulimia Nervosa: A Comprehensive Treatment Manual", en C. Fairburn y G. Wilson (comps.)*, Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment,* Nueva York, Guilford Press, pp. 193-198, 1993.

Faist, R. y Z. Harvey-Jansen, *Adolescent Alcohol and Drug Treatment Effectiveness: A Literature Review,* Alberta, Alberta Alcohol and Drug Commission, 1994.

Falkai, P., "Mirtazapine: Other Indications", *Journal of Clinical Psychiatry,* 60, 17: 36-40, 1999.

Farah, C. S. y D. M., Harmon, "Tongue Piercing: Case Report and Review of Current Practice", *Australian Dental Journal*, 43: 387-389, 1998.

Faraone, S. V., J. Biederman, B. Weiffenbach, T. Keith, M. P. Chu y A. Weaver, "Dopamine D4 Gene 7-Repeat Allele and ADHD", *The American Journal of Psychiatry,* 156 (5): 768-770, 1999.

Faraone, S. V., J. Sergeant, C. H. Gillberg y J. Biederman, "La prevalencia a nivel mundial del TDA/H: ¿Es éste un trastorno típico de Estados Unidos?", *World Psychiatry,* 1 (2): 2, 2003.

Farberow, N. L. y E. Schneidman, *Necesito ayuda. Estudio sobre el suicidio y su prevención,* México, Prensa Médica Mexicana, 1969.

Farkas, M., "Readaptation psychiatrique: Une approche et un processus", *Santé Mentale*, 106: 51-58, 2006.

Farkas, M., C. Gagne y W. A. Anthony, "Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions", *Community Mental Health Journal,* 41: 141-158, 2005.

Farkas, M., A. Sullivan Soydan y C. Gagne, *Introduction to Rehabilitation Readiness,* Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2000.

Farrar, H. C. y G. L. Kearns, "Cocaine: Clinical Pharmacology and Toxicology", *Journal of Pediatrics* 115: 665-675, 1989.

Farre, M. R., De La Torre, M. Llorente, X. Lamas, B. Ugena, J. Segura y J. Cami, "Alcohol and Cocaine Interaction in Humans", *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, septiembre, 266 (3): 1364-1373, 1993.

Farrell, M. *et al.,* "Substance Misuse and Psychiatric Comorbidity: An Overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey", *Addictive Behaviours,* 23: 909-918, 1998.

Farrow, J. A., R. H. Schwartz y J. Vanderleeuw, "Tattooing Behavior in Adolescence", *American Journal of Diseases of Children,* 145: 184-187, 1991.

Fava, M., M. A. Rankin, E. C. Wright *et al.,* "Anxiety Disorders in Major Depression", *Comprehensive Psychiatry,* 41: 97-102, 2000.

Favaro, A. y P. Santonastaso, “Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior in Bulimia Nervosa Prevalence and Psychological Correlates”, *Journal of Nervous and Mental Disease,* 186: 157-165, 1998.

____, “Self-Injurious Behavior in Anorexia Nervosa”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188: 537-542, 2000.

Fawcett, J., R. N. Marcus, S. F. Anton, K. O’Brien y U. Schwiderski, “Response of Anxiety and Agitation Symptoms During Nefazodone Treatment of Major Depression”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 56, supl. 6, pp. 37-42, 1955.

Fawcett, J., W. Scheftner, D. C. Clark, D. Hedeker, R. Gibbons y W. Coryell, “Clinical Predictors of Suicide in Patients with Major Affective Disorders: A Controlled Prospective Study”, *The American Journal of Psychiatry,* 144: 35-40, 1987.

FDA/CFSAN, “Food and Drug Administration Website. Tattoos and Permanent Makeup”, http: //www.cfsan.fda.gov/, s. f.

Federación Mundial de Educación Médica, “La Declaración de Edimburgo”, *The Lancet,* vol. II, p. 464, 1988.

Feeney, D. M., F. P. Gullotta y W. Gilmore, “Hyposexuality Produced by Temporal Lobe Epilepsy in the Cat”, *Epilepsia,* 39 (2): 140-149, 1998.

Fehr, C., A. Schleicher, A. Szegedi e I. Anghelescu, “Serotonergic Polymorphisms in Patients Suffering from Alcoholism, Anxiety Disorders and Narcolepsy”, *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry,* 25: 965-982, 2001.

Feigelman, W., M. Hyman y K. Amann, “Daycare Treatment for Youth Multiple Drug Abuse: A Six Year Follow-up Study”, *Journal of Psychiatric Drugs,* octubre-diciembre, 20 (4): 385-395, 1988.

Feigelman, W., L. S. Wallisch y H. R. Lesieur, “Problem Gamblers, Problem Substance Users, and Dual Problem Individuals: An Epidemiological Study”, *American Journal of Public Health,* 88: 467-470, 1998.

Fekkes, D., L. Pepplinkhuizen, R. Verheij y J. Bruinvels, “Abnormal Plasma Levels of Serine, Methionine, and Taurine in Transient Acute Polymorphic Psychosis”, *Psychiatry Research*, 51: 11-18, 1994.

Ferguson, H., “Body Piercings”, *British Medical Journal,* 319: 1627-1629, 1999.

Fernández Gómez, C. y M. A. Torres Hernández, “Evaluación de resultados del tratamiento: El Maudsley Addiction Profile (MAP)”, en I. Iraurgi Castillo y F. González Sáiz (comps.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias,* Barcelona, Aula Médica, 387-402, 2002.

Fernández Miranda, J. J., “Efectividad en un tratamiento de mantenimiento con metadona en Asturias”, *Newsletter EuroMethwork,* 11: 9-10, 1997.

Ferreira, S. E., M. T. De Mello y M. L. Oliveira De Souza, “O efeito das bebidas alcoólicas pode ser afetado pela combinação com bebidas energéticas? Um estudo com usuários”, *Revista da Associação Médica Brasileira,* 50 (1): 48-51, 2004.

Feurlein, W., C. Ringer y K. Küfner, “Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest”, *München Medische Woch*, 119: 1275-1282, 1977.
Fiellin, D. A. y P. G. O’Connor, “Office-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients”, *New England Journal of Medicine,* 347: 817-823, 2002.
FINCA, Fideicomiso para los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones, *Programa de Prevención y Control de Adicciones en la Ciudad de México,* reporte interno, México, FINCA, Dirección General, 1998.
Fine, E. W., L. W. Yudin, J. Colmes y S. Heinemann, “Behavioral Disorders in Children with Parental Alcoholism”, *Annals of the New York Academy of Sciences,* 273: 507-517, 1976.
Fine, P. y M. Carnevale, “Network Aspects of Treatment for Incestuously Abused Children”, en L. Gordon y P. O’Keefe, “The Normality of Incest”, en A. W. Burguess (comp.), *Rape and Sexual Assault,* Londres, Garland, pp. 70-96, 1985.
Fine, P. y S. Demers, “Are Tattooing and Body Piercing Indicators of Risk-Taking Behaviours Among High School Students?”, *Journal of Adolescence,* 29, 379-393, 2006.
Finkelhor, D., *Abuso sexual al menor,* México, Pax, 1980.
Finkelhor, D., D. Moore, S. L. Hamby y M. A. Straus, “Sexually Abused Children in a National Survey of Parents: Methodological Issues”, *Child Abuse & Neglect,* enero, 21 (1): 1-9, 1997.
Finnegan, L. P., “Clinical Effects of Pharmacologic Agents on Pregnancy, the Fetus and the Neonate”, *Annals of the New York Academy of Sciences,* 281: 74-89, 1976.
Finney, J. W., A. C. Hahn, R. H. Moos, “The Effectiveness of in-Patient and out-Patient Treatment for Alcohol Abuse: The Need to Focus on Mediators and Moderators of Setting Effects”, *Addiction*, 91: 1773-1796, 1996.
Fisher, F., “Antidepressant Drugs and the Emergence of Suicidal Tendencies. The Risk of Fatal and Non-Fatal Self Harm in First Episode Depression: Nested Case-Control Study”, *British Medical Journal,* 19, 330 (7488): 389, 2005.
Fishman, M., Bruner A. y H. Adger, “Substance Abuse Among Children and Adolescents”, *Pediatrics in Review,* 18: 394-403, 1997.
Flaherty, J., H. Perry *et al.,* “Polipharmacy and Hospitalization Among Older Home Care Patients”, *Journals of Gerontology*, 55: 554-559, 2000.
Flores, P. J., “TIP 41 Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Consensus Panel Chair. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment”, *SAMHSA News,* marzo/abril, vol. 13, núm. 2, 2005.
Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group, “Fluoxetine in the Treatment of Bulimia Nervosa”, *Archives of General Psychiatry,* 49: 139-147, 1992.

Foa, E. B., E. Gilboa-Schechtman, N. Amir *et al.,* "Memory Bias in Generalized Social Phobia: Remembering Negative Emotional Expressions", *Journal of Anxiety Disorders,* 14: 501-519, 2000.

Folks, D. G., C. V. Ford y C. Houck, "Somatoform Disorders, Factitious Disorders, and Malingering", en A. Stoudemire (comp.), *Clinical Psychiatry for Medical Students,* Filadelfia, J. B. Lippincott, pp. 274-305, 2a. ed.,1994.

Follette, V. M., M. A. Polusny, A. E. Bechtle y A. E. Naugle, "Cumulative Trauma: The Impact of Child Abuse, Adult Sexual Assault and Exposure Abuse", *Journal of Traumatic Stress*, enero, 9 (1): 25-35, 1966.

Folz, B. J., B. M. Lippert, C. Kuelkens y J. A. Werner, "Hazards of Piercing and Facial Body Art: A Report of Three Patients and Literature Review", *Annals of Plastic Surgery,* 45: 374-381, 2000.

Forastier, F., N. Agabiti y G. M. Corbo, "Passive Smoking as a Determinant of Bronchial Responsiveness in Children", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 149: 365-370, 1994.

Forbes, G. B. "College Students with Tattoos and Piercings: Motives, Family Experiences, Personality Factors, and Perceptions by Others", *Psychological Research-Psychologische Forschung,* 89: 774-786, 2001.

Ford, C. E., A. B. Scholey, G. Ayre y K. Wesnes, "The Effect of Glucose Administration and the Emotional Content of Words on Heart Rate and Memory", *Journal of Psychopharmacology,* 16: 241-244, 2002.

Fornazzari, L., K. Farcnick, I. Smith, G. A. Heasman y M. Ichise, "Violent Visual Allucinations and Agresion in Frontal Lobe Disfunction, Clinical Manifestations of Deep Orbitofrontal Foci", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 4: 42-44, 1992.

Foster, J. K., P. G. Lider y S. Sünram, "Glucose and Memory: Fractionation of Enhancement Effects", *Psychopharmacology,* 137: 259-270, 1998.

Foucault, M., "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", *Educación Médica y Salud,* 10 (2): 153, 1976.

Fowler, J. S. y N. D. Volkow, "PET Imaging Studies in Drug Abuse", *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology,* 1998, 36 (3): 163-174.

Franconi, F., "Plasma and Platelet Taurine are Reduced in Subjects with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: Effects of Taurine Supplementation", *American Journal of Clinical Nutrition,* 61: 1115-1119, 1995.

Frank, C., "Childhood Abuse and Intake Severity in Alcohol Disorder Patients", *Journal of Traumatic Stress,* diciembre, 19 (6): 949-959, 2006.

Frank, E., D. J. Kupfer y J. Perel, "Three-Year Outcomes for Maintenance Therapies in Recurrent Depression", *Archives of General Psychiatry,* 47: 1093-1099, 1990.

Frank, J. B., K. Weihs, E. Minerva y D. Z. Lieberman, "Women's Mental Health in Primary Care: Depression, Anxiety, Somatization, Eating Disorders and

Substance Abuse", *Medical Clinics of North America*, marzo, 52 (2): 359-382, 1998.
Frasure-Smith, N., F. Lessperance y M. Talajic, "Depression Following Myocardial Infarction: Impact on 6-month Survival", *Journal of the American Medical Association*, 270: 1819-1825, 1993.
French, M. T., H. J. Salomé y M. Carney, "Using the DATCAP and ASI to Estimate the Costs and Benefits of Residential Addiction Treatment in the State of Washington", *Social Science & Medicine*, diciembre, 55 (12): 2267-2282, 2002.
Frenk, M. J., *Código de bioética para el personal de salud,* México, SSA, 2002.
Freud, S., "Mourning and Melancolia", *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* Londres, Hogarth Press, 1957.
____, *Obras completas,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
____, "El malestar en la cultura", *Obras completas,* Buenos Aires, Nueva Hélade, 1996.
Frezza, M., C. Dipadova y G. Pozzato, "High Blood Alcohol Levels in Women: The Role of Decreased Gastric Alcohol Dehydrogenase and First Pass Metabolism", *New England Journal of Medicine,* 322: 95-99, 1990.
Fried, R. J., "The Psychodynamics of Tattooing: A Review", *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 50: 239-242, 1983.
Friedlund, A. J., "What can Asymetry and Laterality in EMG tell us about the Face and Brain?", *International Journal of Neuroscience,* marzo, 39 (1-2): 53-69, 1988.
Fromm, E., *Ética y psicoanálisis,* México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
____, *El arte de amar,* México, Paidós, 1980.
____, "Psicoanálisis y religión", *Psique,* 1987.
____, *Anatomía de la destructividad humana,* México, Siglo XXI, 13a. ed., 1989.
Fudin, R. y R. Nicastro, "Can Caffeine Antagonize Alcohol-Induced Performance Decrements in Humans?", *Perceptual and Motor Skills*, 67 (2): 375-391, 1988.
Fuller, R. K. y E. Gordis, "Naltrexone Treatment for Alcohol Dependence", *New England Journal of Medicine,* 345: 1770-1771, 2001.
Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, *Carta de derechos humanos para personas que padecen una enfermedad mental y que están hospitalizadas,* México, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental, 1991.
Gabbard, G. O., "Mind, Brain, and Personality Disorders", *The American Journal of Psychiatry*, 162: 648-655, 2005.
Gabbard, G. O. y K. Gabbard, "Cinematic Stereotypes Contributing to the Stigmatization of Psychiatrists", en P. J. Fink y A. Tasman (comps.), *Stigma and Mental Illness,* Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1992.

Gabbard, G. O., S. D. Atkinson y L. M. Jorgenson, "Can Patients Sexually Harass their Physicians?", *Archives of Family Medicine,* marzo 4 (3): 261-265, 1995.
Gabell, L. L. y J. A. Parlsol, "Taking an Effective Sexual Drugs History. A First Step in HIV/AIDS Prevention", *Journal of Family Practice*, agosto, 37 (2): 185-187, 1993.
Galanter, M., D. S. Keller, H. Dermatis y D. Biderman, "Use of the Internet for Addiction Education. Combining Network Therapy with Pharmacotherapy", *American Journal on Addictions,* invierno, 7 (1): 7-13, 1998.
Gallo, R., A. Parodi y E. Cozzani, "Allergic Reaction to India Ink in a Black Tattoo", *Contact Dermatitis,* 38: 346-347, 1998.
Galván, R. J., C. A. Ortiz y R. L. Casanova, "Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1898-2003). Sistema de Reporte de Información sobre Drogas", *Salud Mental*, junio, 28 (03): 51-59, 2005.
García, A., J. Aubá y J. R. Villalbí, "Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: Proyecto piloto PASE de Barcelona", *Gaceta Sanitaria,* 7: 70-77, 1999-2003.
García Callejo, F. J., M. P. Martínez, M. P. Beneito y M. C. Ortega Navarro, "Body Piercing Complications in Otorhinolaryngology in Spanishletter", *Acta Otorrinolaringológica Española*, 49: 338-339, 1998.
García-Fernández, J., C. González-Pérez, M. M. Sánchez, J. B. Sánchez-Baragaño y Vega y M. Méndez-Rodríguez, "Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68: 303-310, 1994.
García Portilla, M. P., M. T. Bascarán, P. A. Sáiz, M. Bousoño y J. Bobes, *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica,* Madrid, Ars Médica, 2006.
Gardfield, S. L. y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change,* Nueva York, John Wiley and Sons, 1978.
Gardner, E. L. y J. David, "The Neurobiology of Chemical Addiction", en J. Elster y O. J. Skog (comps.), *Getting Hooked: Rationality and the Addictions,* Cambridge, Cambridge University Press, pp. 93-136, 1999.
Gariti, P., A. Alterman, F. Mulvaney, K. Mechanic, V. Dhopesh, E. Yu, N. Chychula y D. Sacks, "Nicotine Intervention During Detoxification and Treatment for other Substance Use", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* noviembre, 28 (4): 671-679, 2002.
Garner, D. M., "The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates", *Psychological Medicine,* 12: 871-878, 1982.
Gascoigne, J., "The Power of Positive Peer Pressure: Using Social Norm Theory to Address Youth Health Issues", *The RMC Health Educator,* 2 (1): 1-4, 2001.
Gastfriend, D. R. y A. T. McLellan, "Treatment Matching. Theoretic Basis and Practical Implications", *Medical Clinics of North America,* julio, 81 (4): 945-967, 1997.

Gaston, L. y C. R. Marmar, *Manual for the California Psychotherapy Alliance Scales-CALPAS,* Montreal, McGill University, 1991.
Gath, D., "The Assessment of Depression in Peri-Menopausal Women", *Maturitas,* mayo, 20 (1): 33-39, 1998.
Gaull, G. F., "Taurine in the Nutrition of the Human Infant", *Acta Paediatrica Scandinavica,* supl. 296: 38-47, 1982.
Gawin, H., D. Kleber, J. Rounsaville, R. Kosten, I. Jatlow y C. Morgan, "Desimipramine Facilitation of Initial Cocaine", *Abstinence Archives of General Psychiatry,* 46: 117-121, 1989.
Gazmararian, J. A., M. M. Adams y J. E. Saltzman, "The Relationship Between Pregnancy Intendedness and Physical Violence in Mothers of Newborns", *Obstetrics & Gynecology,* 85: 1031-1038, 1995.
Geerlings, P. J., C. Ansoms y W. Van Den Brink, "Acamprosate and Prevention of Relapse in Alcoholics", *European Addiction Research*, 3: 129-137, 1997.
Gelenberg, A. J., R. B. Lydiard, R. L. Rudolph, L. Aguiar, J. T. Haskins y E. Salinas, "Efficacy of Venlafaxine Extended-Release Capsules in Nondepressed Outpatients With Generalized Anxiety Disorder: A 6-Month Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association,* 283: 3082-3088, 2000.
Gelles, R. J., "Violence and Pregnancy: Are Pregnant Women at Greater Risk of Abuse?", *Journal of Marriage and Family*, 50: 841-847, 1988.
Gelso, C. J. y J. Carter, "The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents", *Counseling Psychologist,* 13: 155-243, 1985.
____, "Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment", *Journal of Counseling Psychology,* 41: 296-306, 1994.
Gelso, C. J. y J. A. Hayes, *The Psychotherapy Relationship: Theory, Research and Practice,* Nueva York, John Wiley & Sons, 1998.
Gelso, C. J. y L. W. Samstag, "A Tripartite Model of the Therapeutic Relationship", en *Handbook of Counseling Psychology,* Nueva York, Basic Books, pp. 267-280, 4a. ed., 2008.
Genazzani, A. R., A. Spinetti, R. Gallo y F. Bernardi, "Menopause and the Central Nervous System: Intervention Options", *Maturitas,* enero, 431 (2): 103-110, 1999.
George, L. K., D. G. Blazer y D. C. Hughes, "Social Support and the Outcome of Major Depression", *The British Journal of Psychiatry,* 154: 478-485, 1989.
Geracioti, T. D., "Venlafaxine Treatment of Panic Disorder: A Case Series", *Journal of Clinical Psychiatry,* 56: 408-410, 1995.
Gerez, M., A. Tello, C. Serrano, R. Ibarra y A. Malet, "¿Puede la asimetría de maduración cerebral afectar la conducta?", III Reunión Ordinaria 1999 del

Colegio Mexicano de Psicoterapia, A. C., Hacienda Vista Hermosa, Tequesquitengo, Morelos, 3-5 de septiembre, 1999.
Giancola, P. R. y A. C. Mezzich, "Neuropsychological Deficits in Female Adolescents with a Substance Use Disorder: Better Accounted for by Conduct Disorder?", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61: 809-817, 2000.
Giannini, A. J., "Problem-Oriented Diagnosis. An Approach to Drug Abuse, Intoxication and Withdrawal", *American Family Physician,* 1 de mayo, 61 (9): 2763-2774, 2000.
Giannini, A. J., R. H. Loiselle y L. R. Dimarzio, "Augmentation of Haloperidol by Ascorbic Acid in Phencyclidine Intoxication", *The American Journal of Psychiatry*, 144: 1207-1209,1987.
Giannini, A. J., R. Q. Quinone y B. S. Sullivan, "Fluoxetine Reverses Post-Lysergic (LSD) Symptoms", American College of Clinical Pharmacology 17th Annual Meeting, 31 de octubre-3 de noviembre, *Pharmacology*, 28: 938, 1988.
Gilligan, C., *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Howard University Press, pp. 57-59, 1982.
Gilmore, J. D., S. J. Lash, M. A. Foster y M. A. Blosser, "Adherence to Substance Abuse Treatment: Clinical Utility of Two MMPI–2 Scales", *Journal of Personality Assessment,* 773: 524–540, 2000.
Ginsburg, S. y G. Regeher, "Context, Conflict, and Resolution: A New Conceptual Framework for Evaluating Professionalism", *Academic Medicine,* 75: S6-S11, 2000.
Giron, M. S., H. X. Wang *et al.,* "The Appropriateness of Drug Use in an Older Nondemented and Demented Population", *Journal of the American Geriatrics Society,* 49 (3): 277-283, 2001.
Glaxo-Smith-Kline Laboratories, American Psychiatric Association (APA), *Nuevas estrategias en potenciación para mejores resultados en depresión,* Glaxo-Smith-Kline Laboratories, American Psychiatric Association (APA), 2006.
Glazer, S. S., M. Galanter, O. Megwinoff, H. Dermatis y D. S. Keller, "The Role of Therapeutic Alliance in Network Therapy: A Family and Peer Support-Based Treatment for Cocaine Abuse", *Substance Abuse,* junio, 24 (2): 93-100, 2003.
Global Programme on AIDS, *Statement from the Consultation on Testing and Counseling for HIV Infection Held in Geneva, Switzerland, November, 1992,* Ginebra, World Health Organization, 1992a.
____, *Operation Characteristics of Commercially Available Assays to Detect Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Human Sera,* GPA/RES/DIA/92, 1992b.
____, *Operational Characteristics of Commercially Available Assays to Detect Antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in Human Sera,* GPA/RES/DIA/93, 1993.
Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Salud Pública, www.saludcantabria.org, 2007.

Goddart, N. T., M. F. Flament, Y. Lecrubier *et al.,* “Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Co-Morbidity and Chronology of Appearance”, *European Psychiatry*, 15: 38-45, 2000.

Gold, M. A., C. M. Schorzman, P. J. Murray y J. Downs, “Body Piercing Practices and Attitudes Among Urban Adolescents”, *Journal of Adolescent Health,* 36, 352.e15-352.e21, 2005.

Gold, M. S., “The Neurobiology of Addictive Disorders: The Role of Dopamine, Endorphin, and Serotonin”, en *The Principles and Practice of Addictions in Psychiatry,* S. Norman y W. B. Miller (comps.), Toronto, Saunders, 1997.

Gold, M. S., A. C. Pottash y D. R. Sweeney, “Opiate Withdrawal Using Clonidine. A Safe, Effective, and Rapid Nonopiate Treatment”, *Journal of the American Medical Association,* enero, 25, 243 (4): 343-346, 1980.

Gold, M. S., N. S. Miller, K. Stennie y C. Populla-Vardi, “Epidemiology of Benzodiazepine Use and Dependence”, *Psychiatric Annals*, 25: 146-148, 1995.

Gold, P. E., “Role of Glucose in Regulating the Brain and Cognition”, *International Journal of Clinical Nutrition*, 61: 987-995, 1995.

Goldberg, M. J. y W. G. Berlinger, “Treatment of Phenobarbital Overdose with Activated Charcoal”, *Journal of the American Medical Association,* 247: 2400-2405, 1982.

Goldman, D. y C. S. Barr, “Restoring the Addicted Brain”, *New England Journal of Medicine,* 12 (347): 843-845, 2002.

Goldman, H., *Review of General Psychiatry,* Norwalk, Appleton y Lange, 1995.

Goldman, H. H., A. A. Gattozzi y C. A. Taube, “Defining and Counting the Chronically Mentally Ill”, *Hospital and Community Psychiatry Journal,* 32: 21-27, 1981.

Goldney, R. D., L. J. Fisher y D. H. Wilson, “Mental Health Literacy: An Impediment to the Optimum Treatment of Communitary Major Depression”, *Journal of Affective Disorders*, 64: 277-284, 2001.

Goldschmidt, L., N. L. Day y G. A. Richardson, “Effects of Prenatal Marijuana Exposure on Child Behavior Problems at Age 10”, *Neurotoxicology and Teratology,* 22 (3): 325-336, 2000.

Goldstein, R. Z. y N. D. Volkow, “Drug Addiction and its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex”, *The American Journal of Psychiatry*, octubre, 159 (10): 1642-1652, 2002.

Gómez, J. F., C. L. Curcio y D. Gómez, *Evaluación de la salud de los ancianos,* Manizales, Universidad de Caldas, 1995.

Gonzales, R. y J. Kutner, *Current Practice Guidelines in Primary Care,* Nueva York, Lange Medical Books/McGraw Hill, 2003.

González, G., E. Azaola, M. P. Duarte y R. Lemus, *El maltrato y el abuso sexual a menores: Una aproximación a estos fenómenos en México,* México, UAM/

UNICEF/COVAC, 1993.
González, M. P., P. A. Sáiz, M. Bousoño y J. Bobes, "Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica", *Psiquiatría Biológica* 5, supl. 1: 40-43, 1998.
González, R., "Reporte preliminar de algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia", *Boletín del Colegio de México,* 1995.
González, R. y L. Rosas, "Violencia Sexual", en J. Díaz Martínez y E. Rubio Aurioles, *Manejo clínico de la problemática sexual,* Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3, México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1997.
González, R., L. Rosas y Z. Meléndez, "Incesto. Memorias del Congreso Nacional de Familias", Hermosillo, 1997.
Goodman, A., "Addiction Defined: Diagnostic Criteria for Addictive Disorder", *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 2 (1): 12-15, 1989.
Goodman, A. y P. M. Stanton, "Review of Sexual Addiction: An Integrated Approach. Is Sex Really Addictive?", *Contemporary Psychology,* 44: 154-156, 1999.
Goodman, L. A., M. A. Dutton y M. Harris, "Episodically Homeless Women with Serious Mental Illness: Prevalence of Physical and Sexual Assault", *American Journal of Orthopsychiatry,* octubre 65 (4): 468-478, 1995.
Goodman Gilman, Alfred, *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics,* Nueva York, McGraw-Hill, 2006.
_____, *Las bases farmacológicas de la terapéutica,* Madrid, McGraw-Hill & Interamericana, 1996.
Goodwin, D. W., F. Schulsinger, L. Hermansen, S. B. Guze y G. Winokur, "Alcoholism and the Hyperactive Child Sindrome", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 160: 349-353, 1975.
Gopalan, R., P. Santora y E. J. Stokes, "Evaluation of a Model Curriculum on Substance Abuse at the Johns Hopkins University School of Medicine", *Academic Medicine*, 67: 260-266, 1992.
Gordon, R. E., A. A. Shaked y D. F. Soleno, "Taurine Protect Hamster Bronchioles from Acute NO2-Induced Alterations. A Histological, Ultra-Structural and Freeze-Fracture Study", *American Journal of Pathology,* 125: 585-600, 1986.
Gordon, S. C., "Tattoo Application is Associated with an Increased Risk for Chronic Viral Hepatitis", parte II, *American Journal of Gastroenterology,* 95 (6): 1439-1450, 2000.
Gossop, M., "The Development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)", *Addictive Behaviors*, 15: 487-490, 1990.
Gossop, M., J. Marsden, D. Stewart y A. Rolfe, "Treatment Retention and 1 Year Outcomes for Residential Programs in England", *Drug and Alcohol*

Dependence, 57: 89-98, 1999.

Gowing, L. R., R. L. Ali y J. M. White, "The Management of Opioid Withdrawal", *Drug and Alcohol Review,* 19 (1): 309-318, 2000.

Grabowski, J., J. D. Roache, J. M. Schmitz, H. Rhoades, D. Creson y A. Korszun, "Replacement Medication for Cocaine Dependence, Methylphenidate", *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 176: 485-488, 1997.

Grabowski, J., J. Shearer, J. Merrill y S. Negus, "Agonist-like, Replacement Pharmacotherapy for Stimulant Abuse and Dependence", *Addictive Behaviors*, septiembre, 29 (7): 1439-1464, 2004.

Gracia, D., *Fundamento de bioética,* Madrid, Eudema, 1989.

Graf, J., C. Lamber y C. Nordt, "Perceived Stigmatization of Mentally Ill People and its Consequences for the Quality of Life in a Swiss Population", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192: 542-547, 2004.

Gram, R., A. D. Wodak y G. Whelan, "New Pharmacotherapies for Alcohol Dependence", *The Medical Journal of Australia,* 177: 103-107, 2002.

Grant, B. F. y D. A. Dawson, "Age of Onset of Alcohol Use and its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey", *Journal of Substance Abuse,* 9: 103-110, 1997.

Grant, B. F., D. A. Dawson, F. S. Stinson, S. P. Chou, M. C. Dufour y R. P. Pickering, "The 12-month Prevalence and Trends in DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002", *Drug and Alcohol Dependence,* 74: 223-234, 2004.

Gratz, K. L., "Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,* 23: 253-263, 2001.

Green, A. H., "Impact of Sexual Trauma on Gender Identity and Sexual Object Choice", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis,* 22 (2): 283-297, 1994.

Green, A. H., "Comparing Victims and Adult Survivors, Clues to the Pathogenesis of Child Sexual Abuse", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis,* 23 (4): 655-670, 1995.

Green, A. H. y M. S. Kaplan, "Psychiatric Impairment and Childhood Victimization Experiences in Female Child Molesters", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , septiembre, 33 (7): 954-961, 1994.

Green, P. J., R. Kirby y J. Suls, "The Effects of Caffeine on Blood Pressure and Heart Rate: A Review", *Annals of Behavioral Medicine,* 18: 201-216, 1996.

Green-Hennessy, S., "Factors Associated with Receipt of Behavioral Health Services Among Persons with Substance Dependence", *Psychiatric Services*, diciembre, 53 (12): 1592-1598, 2002.

Greenberg, D. M., "Sexual Recidivism in Sex Offenders", *Canadian Journal of Psychiatry,* junio, 43 (5): 459-465, 1998.

Greenberg, W. M., J. I. Ritvo y L. A. Fazzio, "A Survey of Addiction Training Programming in Psychiatry Residencies", *Academic Psychiatry,* 26: 105-109, 2002.

Greenlund, K. J., J. B. Croft y G. A. Mensah, "Prevalence of Heart Disease and Stroke Risk Factors in Persons With Prehypertension in the US 1999-2000", *Archives of Internal Medicine,* 164: 2113-2118, 2004.

Greenson, R. R., *The Technique and Practice of Psychoanalysis,* vol. 1, Nueva York, International Universities Press, 1967.

Greenspan, L., B. A. McLellan y H. Greig, "Abbreviated Injury Scale and Injury Severity Scale: A Scoring Chart", *Journal of Trauma,* 25, 60-64, 1985.

Grella, C. E. *et al.,* "Patient Histories, Retention, and Outcome Models for Younger and Older Adults in DATOS", *Drug and Alcohol Dependence,* 572: 151-166, 1999.

Griffith, D. R., S. D. Azuma e I. J. Chasnoff, "Three-Year Outcome of Children Exposed Prenatally to Drugs", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 33: 20-27, 1994.

Grilo, C. M., S. Martino, M. L. Walker, D. F. Becker, W. S. Edell y T. H. McGlashan, "Psychiatric Comorbidity Differences in Male and Female Adult Psychiatric Inpatients with Substance Use Disorders", *Comprehensive Psychiatry,* 38: 155-159, 1997.

Grogan, S., *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children,* Londres, Routledge, 1999.

Grove, B., "Reform of Mental Health Care in Europe. Progress and Change in the Last Decade", *The British Journal of Psychiatry*, 165: 431-433, 1994.

Grover, S., A. Avasthi e Y. Sharma, "Psychotropics in Pregnancy: Weighing the Risks", *Indian Journal of Medical Research*, 123, abril, pp. 497-512, 2006.

Gual, M., Contel, L. Segura, A. Ribas y J. Colom, "El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo", *Medicina Clínica*, 117: 685-689, 2001.

Gualtieri, C. T. y R. E. Hicks, "Neuropharmacology of Methylphenidate and a Neural Substitute for Childhood Hyperactivity", *Psychiatric Clinics of North America,* 8: 875-892, 1985.

Guardia, J., A. M. Catafau, F. Battle, J. C. Martin, L. Segura, B. Gonzalvo *et al.,* "Striatal dopaminergic D(2) Receptor Density Measured by [(123)I]Iodobenzamide SPECT in the Prediction of Treatment Outcome of Alcohol-Dependent Patients", *The American Journal of Psychiatry*, 157: 12712-12719, 2000.

Guardia, J., L. Serecigni, B. Segura García, J. Gonzalvo Cirac, A. Trujols Albet, A. Tejero Ponciello, A. Suárez González y A. Martí Gil, "Estudio de validación de

la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol", *Medicina Clínica,* 123: 211-216, 2004.

Guertin, T., E. Lloyd-Richardson, A. Spirito, D. Donaldson y J. Boergers, "Selfmutilative Behavior in Adolescents who Attempt Suicide by Overdose", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 40: 1062-1069, 2001.

Gueye, P. N., J. R. Hoffman y P. Taboulet, "Empiric Use of Flumazenil in Comatose Patients: Limited Applicability of Criteria to Define Low Risk", *Annals of Emergency Medicine,* 27: 730-735, 1996.

Guía técnica, cap. 8, "Intoxicaciones. Definición, clasificación, causas y tratamiento", www.info.a.Med.web.com.mx, 2006.

Guiard-Schmid, J. B., H. Picard y L. Slama, "Piercing and its Infectious Complications: A Public Health Issue in France", *Presse Medicale,* 29: 1948-1956, 2000.

Guisa, C. V. M., S. L. Díaz Barriga y M. Souza y M., "Adicción, normatividad y terapéutica", *Psiquiatría y Salud Integral,* 2003a.

_____, "A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia", *Psiquiatría,* 19 (1): 14-27, 2003b.

_____, *Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones,* México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2003c.

_____, "El alcoholismo en México", *Revista Mexicana de Neurociencia,* julio-agosto, 5 (4): 356-364, 2004a.

_____, "La educación médica en adicciones y sus problemas", *Psiquiatría,* 2a. época, enero-abril, 20 (1): 9-20, 2004b.

_____, "Adicción, normatividad y terapéutica", *Psiquiatría,* 2a. época, septiembre-diciembre 20 (3): 25-37, 2004c.

_____, "Terapéutica antiadictiva: Utilidad de sus factores de predicción", *Revista Mexicana de Neurociencia,* noviembre-diciembre, 5 (6): 581-598, 2004d.

Guizouarn, H., "Cell Volume Regulation: The Role of Taurine Loss in Maintaining Membrane Potential and Cell pH", *The Journal of Physiology,* 523: 147-154, 2000.

Guldner, G. T. y M. J. Morrell, "Nocturnal Penile Tumescence and Rigidity Evaluation in Men with Epilepsy", *Epilepsia,* 3712: 1211-1214, 1996.

Gupta, S. y J. Rymer, "Hormone Replacement Therapy and Cardiovascular Disease", *International Journal of Gynecology & Obstetrics,* febrero, 52 (2): 119-125, 1996.

Guridi, R. O., TUM III Cruz Roja Mexicana, E-Mergencia/Foros de emergencias hospitalarias/Toxicología, http://www.e-mergencia.com/forum/viewtopic.php?. p=30464, s. f.

Gustafson, L., A. Burns, C. Katona *et al.,* "Skill-Based Objectives for Specialist Training in Old Age Psychiatry. Core Curriculum", *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 18: 689-693, 2003.

Gutiérrez, L. ,"El proceso de la transición epidemiológica", *Demos,* 14: 8-9, 2001.
Haghighat, R., "Towards a Unitary Theory of Stigmatisation", *British Journal of Psychiatry*, 178: 207-215, 2001.
Halbreich, U., "Gonadal Hormones and Antihormones, Serotonin and Mood", *Psychopharmacology Bulletin*, 26: 291-295, 1990.
Hale, F., S. Margen y D. Rabak, "Postprandial Hypoglycaemia and Psychological Symptoms", *Biological Psychiatry,* 17: 125-130, 1982.
Hales, R. E., S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de psiquiatría,* tomo I, Barcelona, Áncora, 3a. ed., 2002.
Haley, R. W. y R. P. Fischer "Commercial Tattooing as a Potentially Important Source of Hepatitis C Infection: Clinical Epidemiology of 626 Consecutive Patients Unaware of Their Hepatitis C Serologic Status", *Medicine,* 80: 134-151, 2001.
Hall, G. B. y G. Nelson, "Social Networks, Social Support, Personal Empowerment, and the Adaptation of Psychiatric Consumers/Survivors: Path Analytic Models", *Social Science & Medicine,* 43: 1743-1754, 1996.
Hall, M., S. Tunis, E. Triffleman, P. Banys, W. Clarck, P. Tusel y D. Presti, "Continuity of Care and Desipramine in Primary Cocaine Abusers", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 182 (10): 570-575, 1994.
Haller, C. A., P. Jacob y N. L. Benowitz, "Enhanced Stimulant and Metabolic Effects of Combined Ephedrine and Caffeine", *Clinical Pharmacology & Therapeutics,* abril, 75 (4): 259-273, 2004.
Ham, R., "Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población", en Consejo Nacional de Población, *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas,* México, Conapo, pp. 41-53, 1999.
____, "El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica", México, El Colegio de la Frontera Norte/Miguel ángel Porrúa, 2003.
Hamberger, S. F., A. E. McBride y A. B. Ettinger, "How Epilepsy Impacts Sexuality", *Epilepsia,* 42, supl. 7: 286 (abst. 3.220): 201-205, 2007.
Hamilton, D. L. y J. W. Sherman, "Stereotypes", en R. S. Wyer y T. K. Srull (comps.), *Handbook of Social Cognition,* Hillsdale, Lawrence Erlbaum, pp. 1-68, 1994.
Hamre, P., A. Dahl y U. Malt, "Public Attitudes to the Quality of Psychiatric Treatment, Psychiatric Patients, and Prevalence of Mental Disorders", *Norwegian Journal of Psychiatry*, 4: 275-281, 1994.
Hamui, S. A. y C. H. J. Halabe, "Ética y biotecnología: Más allá de los tratamientos médicos", *Revista de la Facultad de Medicina,* Universidad Nacional Autónoma de México, marzo-abril, 50 (2): 86-89, 2007.
Hansen, C. F., "Drug Dependence-Treatment Takes Time", *Sygeplejersken,* julio, 4, 97 (27): 6-10, 1997.

Hanson, K. A. y C. A. Gidycs, “Evaluation of a Sexual Assault Prevention Program”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* diciembre, 61 (6): 1046-1052, 1993.
Hanson, R. K., R. A. Steffy y R. Gauthier, “Long Term Recidivism of Child Molesters”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* agosto, 6 (14): 646-652, 1993.
Hardee, P. S., L. R. Mallya e I. L. Hutchison, “Tongue Piercing Resulting in Hypotensive Collapse”, *British Dental Journal,* 188: 657-658, 2000.
Harris, B., S. Johns y H. Fung, “The Hormonal Environment of Post-Natal Depression”, *The British Journal of Psychiatry,* 154: 660-667, 1989.
Harris, E. C. y B. Barraclough, “Suicide as an Outcome for Mental Disorders”, *The British Journal of Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.
Harrison, P. A., J. A. Fulkerson y T. J. Beebem, “Multiple Substance Use Among Adolescent Physical and Sexual Abuse Victims”, *Child Abuse & Neglect,* 21: 529-553, 1997.
Hartsough, C. S. y N. M. Lambert, “Pattern and Progression of Drug Use Among Hyperactives and Controls: A Prospective Short-Term Longitudinal Study”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 28: 543-553, 1987.
Harvey, E. M., R. A. Rawson y J. L. Obert, “History of Sexual Assault and the Treatment of Substance Abuse Disorders”, *Journal of Psychoactive Drugs,* octubre-diciembre, 26 (4): 361-367, 1994.
Harwood, H. J., *Updating Estimates of the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States: Estimates, Update Methods, and Data,* Bethesda, U. S. Department of Health and Human Services y National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000.
Hasin, D. S., B. F. Grant y J. Weinflash, “Male/Female Differences in Alcohol-Related Problems: Alcohol Rehabilitation Patients”, *International Journal of the Addictions,* 25: 437-448, 1989.
Hasin, D. S., K. D. Trautman y J. Endicott, “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders: Phenomenologically Based Diagnosis in Patients who Abuse Alcohol or Drugs”, *Psychopharmacology Bulletin,* 34: 3-8, 1998.
Hasin, D. S., K. D. Trautman, G. M. Miele, S. Samet, M. Smith y J. Endicott, “Psychiatric Research Interview for Substance Abusers”, *The American Journal of Psychiatry,* 153: 1195-1201, 1996.
Hasin, D. S., S. Samet, J. Meydan, K. D. Trautman, M. Smith, G. M. Miele y J. Endicott, “Prism: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders”, www.columbia.edu/dsh2/prism/, 2003.
Havassy, B. E., M. S. Shopshire y L. A. Quigley, “Effects of Substance Dependence on Outcomes of Patients in a Randomised Trial of Two Case Management Models”, *Psychiatric Services,* 51: 639-644, 2000.

Hawkins, R. O., "The Relationship Between Culture, Personality, and Sexual Jealousy in Men in Heterosexual and Homosexual Relationships", *Journal of Homosexuality,* 19 (3): 67-84, 1990.
Hawton, K., K. Rodham, E. Evans y R. Weatherall, "Deliberate Self-Harm in Adolescents, Self Report Survey in Schools in England", *British Medical Journal,* 325: 1207-1211, 2002.
Hawton, K. y K. Van Heeringen, *The International Handbook of Suicide And Attempted Suicide,* Chichester, John Wiley, 2000.
Hayes, M. O. y G. A. Harkness, "Body Piercing as a Risk Factor for Viral Hepatitis: An Integrative Research Review", *American Journal of Infection Control,* 29: 271-274, 2001.
Haynes, P. y B. L. Parry, "Mood Disorders and the Reproductive Cycle: Affective Disorders During the Menopause and Premenstrual Dysphoric Disorder", *Psychopharmacology Bulletin,* 34 (3): 313-318, 1998.
Hayward, K., "Kith and Skin", *Bite,* agosto, 58-61, 1993.
Health and Safety Issues Related to Body Piercing, Tattooing and Scarification, s. f., www.hse.gov.uk/lau/lacs/ 76-2.htm, s. f. [Consultado el 22 de mayo de 2003.]
Health Canada, *Canada's Drug Strategy,* Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Cat. #H39-440/1998E, 1998.
Hearne, R., A. Connolly y J. Sheehan, "Alcohol Abuse: Prevalence and Detection in a General Hospital", *Journal of the Royal Society of Medicine,* 95: 84-87, 2002.
Heatherton, T. F., L. T. Kozlowski y R. C. Frecker, "Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire", *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 86: 1119-1127, 1991.
Hechtman, L. y G. Weiss, "Controlled Prospective 15-Year Follow-up of Hyperactives as Adults: Nonmedical Drug and Alcohol Use and Antisocial Behaviour", *Canadian Journal of Psychiatry,* 31: 557-567, 1986.
Heinrich, C. J. y L. E. Lynn, "Improving the Organization, Management, and Outcomes of Substance Abuse Treatment Programs", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 28 de noviembre (4): 601-622, 2002.
HELA, Health and Safety Executive/Local Authorities Enforcement Liaison Committee, U. S., 2001.
Heller-Stilb, B., "Disruption of the Taurine Transporter Gene (TAUT) Leads to Retinal Degeneration in Mice", *FASEB Journal,* 16 (2): 231-233, 2002.
Helzer, J., A. Burman y A. McEvoy, "Alcohol Abuse and Dependence", en L. Robins y D. Regier (comps.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study,* Nueva York, The Free Press, 1991.
Herjanic, B. y W. Reich, "Development of a Structured Psychiatric Interview for Children: Agreement Between Child and Parent on Individual Symptoms", *The Journal of Abnormal Psychology,* 10: 307-324, 1982.

Herman, J. B., A. W. Brotman y M. H. Pollac, "Fluoxetine Induced Sexual Dysfunction", *Journal of Clinical Psychiatry,* 51: 25-27, 1990.
Hermann, M. J., G. Sonnek y H. G. Weijers, "Electrophysiological Indication for a Link Between Serotonergic Neurotransmission and Personality in Alcoholism", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry,* 26: 157-161, 2002.
Hertof, P., "Customs of Family Formation and Marriage", en J. Money y H. Musaph, *Handbook of Sexology,* Amsterdam, Elsevier/North Holland, 1977.
Herzog, A. G., P. Klein y A. R. Jacobs, "Testosterone Versus Testosterone and Testolactone in Treating Reproductive and Sexual Dysfunction in Men with Epilepsy and Hypogonadism", *Neurology,* 50 (3): 782-784, 1998.
Hicinbothem, J., S. Gonsalves y D. Lester, "Body Modification and Suicidal Behavior", *Death Studies,* 30: 351-363, 2006.
Hikino, H., Y. Kiso, H. Taguchi e Y. Ikeya, "Antihepatotoxic Actions of Lignoids from Schizandra Chinensis Fruits", *Planta Medica*, 50: 213-218, 1984.
Hillman, J. L. y G. Stricker, "A Linkage of Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality: Not Necessarily a Uniform Relationship", *Gerontologist,* 34 (2): 256-260, 1994.
Hillman, R., N. O'Mara, D. Tomlinson y J. R. Harris, "Adult Male Victims of Sexual Assault: An Under-diagnosed Condition", *International Journal of STD & AIDS,* enero-febrero, 2 (1): 22-24, 1991.
Hines, P. y E. Culotta, "The Evolution of Sex", *Science,* septiembre 25, 281 (5385): 1979-1983, 1998.
Hirschfeld, R. M. A., G. L. Klerman, H. G. Gough, J. Barrett, S. J. Korchin y P. Chodoff, "A Measure of Interpersonal Dependency", *Journal of Personality Assessment*, 41: 610-618, 1997.
Hirschfeld, R. M. A. y A. F. Schatzberg, "Long-Term Management of Depression", *American Journal of Medicine,* 97, supl. 6A: 33-38, 1994.
Hirst, M., "Career Distress: A Prospective, Population-Based Study", *Social Science & Medicine*, 61: 697-708, 2005.
Hiu, E., N. Graham, C. Katona y N. Tataru, "Advances in Old Age Psychiatry", en G. N. Christodoulou (ed.), *Advances in Psychiatry,* vol. II, Ginebra, World Psychiatric Association, pp. 119-125, 2005.
Ho, A. P., J. W. Tsuang y R. P. Liberman, "Achieving Effective Treatment of Patients with Chronic Psychotic and Comorbid Substance Dependence", *American Journal of Psychiatry*, 156: 1765-1770, 1999.
Hoekstra, P., M. P. Steenhuis y P. Troost, "Relative Contribution of ADHD, Obsessive-Compulsive Disorder, and Tic Severity to Social and Behavioral Problems in Tic Disorders", *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics,* 25 (4): 272-279, 2004.
Hof, P. R., E. J. Mofson y J. H. Morrison, "Cortex: Cytoarchitecture and Quantitative Inmunohistochemical Parcellation", *Journal of Comparative*

Neurology, 359: 48-64, 1995.
Hoff, L. A., "Violence Issues: An Interdisciplinary Curriculum Guide for Health Professionals", Ottawa, Health Canada, 1994.
Hoffman, H. F., *A Handbook on Drug and Alcohol Abuse. The Biomedical Aspects,* Nueva York, Oxford University Press, 1983.
Hoffmann, N., J. Halikas y D. Mee-Lee, *ASAM-Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders,* Washington, D. C, American Society of Addiction Medicine, 1991.
Hogan, T. J., A. V. Schroeder y R. M. Schaffer, "The Triad of Substance Abuse, Violence, and Depression are Interrelated in Pregnancy", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18: 55-58, 2000.
Hollander, J., "The Management of Cocaine-Associated Myocardial Ischemia", *New England Journal of Medicine,* 333: 1267-1272, 1995.
Hollerman, J. R. y W. Schultz, "Dopamine Neurons Report an Error in the Temporal Prediction of Reward During Learning", *Nature Neuroscience*, 1, 1998.
Holman, L. J., P. A. Carvalho y J. Mendelson, "Brain Perfusion is Abnormal in Cocaine-Dependent Polydrug Users: A Study Using Technetium-99 m-HMPAO and SPECT", *Journal of Nuclear Medicine,* 32: 1206-1210, 1991.
Holman, S. D. y A. Rice, "Androgenic Effects on Hypotalamic Asymetry in a Sexually Differentiated Nucleus Related to Vocal Behavior in Mongolian Gerbils", *Hormones and Behavior,* 30 (4): 662-672, 1996.
Hoon, E. F. y P. W. Hoon, "Styles of Sexual Expression in Women: Clinical Implications of Multivariate Analysis", *Archives of Sexual Behavior,* marzo, 7 (2): 105-116, 1978.
Hopkins, J. T., *Body Art: Marks of Identity,* Nueva York, American Museum of Natural History, 2000.
Hopper, J. A. y T. Shafi, "Management of the Hospitalized Injection Drug User", *Infectious Disease Clinics of North America,* 16: 571-587, 2002.
Horne, J. A. y L. A. Reyner, "Benefical Effects of Energy Drink Given Sleepy Drivers", *Amino Acids*, 20 (1): 83-89, 2001.
Horney, Karen, *La personalidad neurótica de nuestro tiempo,* Barcelona, Paidós, 1979.
Horowitz, H. W., "Learning to Recognize Scarring Among Intravenous Drug Users: A Tool for HIV Risk Reduction", *American Journal of Public Health*, 87: 1233-1234, 1997.
Horvath, A. O. y L. Greenberg, "The Development of the Working Alliance Inventory: A Research Handbook", en L. Greenberg y W. Pinsoff (comps.), *Psychotherapeutic Processes: A Research Handbook,* Nueva York, Guilford Press, 1986.
Horvath, A. O. y L. Luborsky, "The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* agosto, 61

(4): 561-573, 1993.
Horvath, A. O. y B. D. Symonds, "Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-analysis", *Journal of Counseling Psychology,* 38 (2):139-149, 1991.
Houghton, S. J., K. Durkin, E. Parry, Y. Turbett y P. Odgers, "Amateur Tattooing Practices and Beliefs Among High School Adolescents", *Journal of Adolescent Health*, 19: 420-425, 1996.
Hovell, M. F., E. J. Blumberg, S. Liles *et al.,* "Training AIDS and Anger Prevention. Social Skills in at-Risk Adolescents", *Journal of Counseling and Development,* 79: 347-355, 2001.
Hovens, J. G., D. P. Cantwell y R. Kiriakos, "Psychiatric Comorbidity in 1994", *Comprehensive Psychiatry,* 33 (4): 476-483, 1995.
Howard, K. I., K. Moras, P. Brill, Z. Martinovich y W. Lutz, "Efficacy, Effectiveness and Patient Progress", *American Psychologist,* 51: 1059-1064, 1996.
Hser, Y., C. E. Grella y S. Hsieh, "Prior Treatment Experience Related to Process and Outcomes in DATOS", *Drug and Alcohol Dependence,* 57: 137-150, 1999.
Hsu, J. y M. Fishman, "Abuso de sustancias e infección por VIH", *Psiquiatría y Salud Integral,* 2: 54-57, 2002.
Hu, F. B., F. Grodstein, C. H. Hennekens y G. A. Colditz, "Smoking Cessation, Weight Gain, and Changes in Cardiovascular Risk Factors During Menopause: The Healthy Women Study (II part)", *American Journal of Public Health,* abril, 88 (3): 44-47, 1998.
Hubbard, R. L., M. E. Marsden, J. V. Rachal, H. J. Harwood, E. R. Cavanaugh y H. M. Ginzburg, *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness,* Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1989.
Huerta, L., *Comorbilidad en trastornos psiquiátricos en pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia,* tesina, IMSS, México, 1998.
Hughes, J. R., M. G. Goldstein, R. D. Hurt y S. Shiffman, "Recent Advances in the Pharmacotherapy of Smoking", *Journal of the American Medical Association,* 281: 72-76, 1999.
Hughes, J. R. y A. H. Olivito, "A Systematic Survey of Caffeine Intake in Vermont", *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* 5: 393-398, 1997.
Hulse, G., R. Sunders y R. Roydhouse, "Screening for Hazardous Alcohol Use and Dependence in Psychiatric in-Patients Using the AUDIT Questionnaire", *Drug and Alcohol Review,* 19: 291-298, 2000.
Humphreys, K. y J. A. Tucker, "Toward more Responsive and Effective Intervention Systems for Alcohol-Related Problems", *Addiction,* 97: 126-132, 2002.
Hunter, M. S. y K. L. Liao, "A Psychological Analysis of Menopausal Hot Flushes (part 4)", *British Journal of Social & Clinical Psychology,* noviembre, 34:

589-599, 1995.
Hurwitz, E. S., R. C. Holman, T. W. Strine y T. L. Chorba, "Chronic Liver Disease Mortality in the US, 1979 Through 1989", *American Journal of Public Health,* 85 (9): 1256-1260, 1995.
Huxley, C. y S. Grogan, "Tattooing, Piercing, Healthy Behaviours and Health Value", *Journal of Health Psychology*, 10 (6): 831-841, 2005.
Huxtable, R. J., "Physiological Action of Taurine", *Physiological Research,* 72: 101-103, 1992.
Huxtable, R. J. y J. Chubb, "ß-adrenergic Stimulation of Taurine Transport by the Heart", *Science*, 198: 409-411, 1977.
Hyman, S. E., "Shaking out the Cause of Addiction", *Science,* agosto, 2273: 611-612, 1996.
Hyman, S. E. y W. S. Fenton, "What are the Right Targets for Psychopharmacology?", *Science,* 299: 350-351, 2003.
Hyman, S. E. y R. C. Malenka, "Addiction and the Brain: The Neurobiology of Compulsion and its Persistence", *Nature Reviews Neuroscience,* 2: 695-703, 2001.
Hynd, G. W., K. L. Herm, K. K. Voeller y R. M. Marshal, "Neurobiological Basis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)", *School Psychology Review,* 20: 174-186, 1991.
Hynd, G. W., M. Semurd-Clikeman, A. Loyrs, E. S. Novey y D. Eliopulos, "Brain Morphology in Development Dyslexia and Attention Deficit Disorder/Hyperactivity", *Archives of Neurology,* 47: 919-926, 1990.
Ian, R. H., S. L. Putnam, H. Jia y G. S. Smith, "Assessing Substance Abuse Treatment Need: A Statewide Hospital Emergency Department Study", *Annals of Emergency Medicine,* junio, 41 (6): 802-813, 2003.
Ikeda, H., "Effects of Taurine on Alcohol Withdrawal", *Lancet* 2: 509, 1977.
ILAE, Commission on Classification and Terminology, International League Against Epilepsy, "Proposal for Revised Classification of Epilepsies and Epileptic Syndromes", *Epilepsia*, 30 (4): 389-399, 1989.
IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social, *Evaluación médica,* México, 1972.
_____, *Expediente clínico en la atención médica,* México, 1973.
_____, *Programa Institucional de Fomento de la Salud ante las Adicciones,* México, 1997.
INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabuladores básicos*, Aguascalientes, 2001.
Ingmar, H. A., J. Franken, J. Booij y W. Van Den Brink, "The Role of Dopamine in Human Addiction: From Reward to Motivated Attention", *European Journal of Pharmacology*, 526: 199-206, 2005.
Inoue, O., K. Kobayashi y T. Suhara, "Effect of Sedative Drugs Upon Receptor Binding In Vivo", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological*

Psychiatry, 16: 783-789, 1992.
INP, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De La Fuente Muñiz"/Secretaría de Eduación Pública, *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del D. F. Medición otoño 2003. Reporte global,* México, INP/SEP, 2003.
Ireland, G., "Principles of Prescribing Medications", *Ambulatory Geriatric Care,* pp. 18-26, 1993.
Isaías López, M. y M. F. López, *Bioética y psiquiatría. Manual de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C.*, México, 2005.
Isojarvi, J. I., M. Repo, A. J. Pakarinen, O. Lukkarinen y V. V. Myllyla, "Carbamazepine, Phenytoin, Sex Hormones, and Sexual Function in Men with Epilepsy", *Epilepsia,* 36 (4): 366-370, 1995.
Ito, S., "Drug Therapy for Breast-Feeding Women", *New England Journal of Medicine,* 343 (2): 118-126, 2000.
Itti, L., L. Chang, J. F. Mangin, J. Harcourt y T. Ernst, "Robust Multimodality Registration for Brain Mapping", *Human Brain Mapping,* 5: 3-17, 1997.
Iwata, B. A., G. M. Pace, R. C. Kissel, P. A. Nau y J. M. Farber, "The Self-Injury Trauma (SIT) Scale: A Method for Quantifying Surface Tissue Damage Caused by Self-Injurious Behavior", *Journal of Applied Behavior Analysis*, primavera, 23 (1): 99-110, 1990.
Izasola, J. A., H. J. Sánchez y C. Del Río, "El examen serológico para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de los exámenes prenupciales", *Gaceta Médica de México*, 128: 317-327, 1992.
Jack, C. R., "Epilepsy: Surgery and Imaging", *Radiology*, 189: 635-646, 1993.
Jacob, C. I., "Tattoo-Associated Dermatoses: A Case Report and Review of the Literature", *Dermatological Surgery,* 28: 962-965, 2002.
Jacobs, D. G. (comp.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention,* San Francisco, Jossey-Bass, 1999.
Jacobs, H., S. Kardashian y R. Kreinbring, "A Skills-Oriented Model for Facilitating Employment in Psychiatrically Disabled Persons", *Rehabilitation Counseling Bulletin,* 27: 96-97, 1988.
Jacobsen, J. G., "Possible Physiological Functions of Taurine in Mammalian Systems", en D. Cavallini (comp.), *Proceedings of the 2nd International Meeting on Low Molecular Weight Sulfur-Containing Natural Products,* Roma, 18-21 de junio, pp. 163-172, 1979.
Jacobsen, L. K., S. M. Southwick y T. R. Kosten, "Substance Use Disorders in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature", *The American Journal of Psychiatry,* 158: 1184-1190, 2001.
Jaffe, J. H., C. M. Knapp y D. A. Ciraulo, "Opiates: Clinical Aspects", en J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (comps.), *Substance Abuse,* Baltimore, Williams & Wilkins, 3a. ed., 1997.
Jaffe, S. L., "Failed Attempts at Intranasal Abuse of Concerta", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 41 (1): 5, 2002.

Jain, A. C., M. C. Mehta y M. Billie, “Combined Effects of Caffeine and Alcohol on Hemodynamics and Coronary Artery Blood Flow in Dogs”, *Journal of Cardiovascular Pharmacology,* enero, 33 (1): 49-55, 1999.

Janzen, T., K. Graap, S. Stephanson, W. Marshall y G. Fitzsimmons, “Differences in Baseline EEG Measures for Attention Deficit Disorder and Normally Achieving Preadolescent Males”, *Biofeedback and Self Regulation,* 20: 65-82, 1995.

Jarvis, T. J. y J. Copeland, “El abuso sexual como un predictor de comorbilidad psiquiátrica y sus implicaciones para el tratamiento de las adicciones y el alcoholismo”, *Drug and Alcohol Dependence Ireland,* 1 (59): 117-121, 1997.

Jauniaux, E., D. Jurkovic y C. Lees, “In-vivo Study of Diazepam Transfer Across the First Trimester Human Placenta”, *Human Reproduction*, 11: 889-892, 1996.

Jayakar, P., M. S. Duchowny, T. J. Resnick y L. A. Álvarez, “Localization of Seizure Focusing a Simple Reference-Substraction Montage to Document Small Inter-Channel Time Differences”, *Journal of Clinical Neurophysiology,* 8: 212-215, 1991.

Jenike, M. A., L. Baer, W. E. Minichiello, S. L. Rausch y M. L. Buttolph, “Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine and Phenelzine for Obsessive-Compulsive Disorder”, *The American Journal of Psychiatry*, 154: 1261-1264, 1997.

Jentsch, J. D. y J. R. Taylor, “Impulsivity Resulting from Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications for the Control of Behavior by Reward-Related Stimuli”, *Psychopharmacology,* 146: 373-390, 1999.

Jiménez Jiménez, M., *Evaluación del deseo de beber en alcohólicos,* tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2005.

Jiménez, S. N. G., N. J. J. Lozano, L. L. Rodríguez y A. G. Vargas, “Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida”, *Medicina Interna de México,* 21: 183-187, 2005.

Joanning, H., W. Quinn, F. Thomas y R. Mullen, “Treating Adolescent Drug Abuse: A Comparison of Family Systems Therapy, Group Therapy and Family Drug Education”, *Journal of Marital and Family Therapy,* 18 (4): 345-356, 1992.

Johnson, B., “Psychoanalysis of a Man with Active Alcoholism”, *Journal of Substance Abuse Treatment,* 9: 111-123, 1992.

_____, “Three Points of View About Addiction”, *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 47 (3): 791-815, 1999.

Johnson, B. A. y N. Ait-Daoud, “Neuropharmacological Treatments for Alcoholism: Scientific Basis and Clinical Findings”, *Psychopharmacology,* 149: 327-344, 2000.

Johnson, B. A., N. Ait-Daoud, C. L. Bowden, C. C. DiClemente, J. D. Roache y K. Lawson, “Oral Topiramate for Treatment of Alcohol Dependence: A

Randomized Controlled Trial”, *Lancet,* 361: 1677-1685, 2003.
Jonhson, B. A., J. D. Roache, N. Ait-Daoud, N. A. Zanca y M. Velásquez, “Ondansetron Reduces the Craving of Biologically Predisposed Alcoholics”, *Psychopharmacology,* 160: 408-413, 2002.
Jonhson, B. A., J. D. Roache, M. A. Javors, C. C. DiClemente, C. R. Cloninger y T. J. Prihoda, “Ondansetron for Reduction of Drinking Among Biologically Predisposed Alcoholic Patients: A Randomized Controlled Trial”, *Journal of the American Medical Association*, 284: 963-971, 2000.
Jonson, C. J., H. Anderson, J. Spearman y J. Madson, “Nonsterile Instruments for Ear Piercing and the Subsequent Onset of Viral Hepatitis”, *Journal of the American Medical Association,* 227: 1165, 1974.
Johnson, K. W., L. C. Young, G. Suresh y M. L. Berbaum, “Drug Abuse Treatment Training in Peru. A Social Policy Experiment”, *Evaluation Review,* 26 de octubre (5): 480-519, 2002.
Johnson, T. y H. Hart, *Missed Opportunity: The CASA National Survey of Primary Care Physicians and Patients*, Chicago, Survey Research Laboratory, 2000.
Joireman, J., J. Anderson y A. Strathman, “The Aggression Paradox: Understanding Links Among Aggression, Sensation Seeking, and the Consideration of Future Consequences”, *Journal of Personality and Social Psychology,* 84 (6), 1287-1302, 2003.
Jorenby, D. E., “New Developments in Approaches to Smoking Cessation”, *Current Opinion in Pulmonary Medicine,* 4: 103-106, 1998.
Jorm, A. F., “Mental Health Literacy. Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders”, *The British Journal of Psychiatry,* 2000.
Juárez, F. *et al.,* “Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas, el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal”, en Héctor Pérez-Rincón (comp.), *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación,* 1994.
Judo, L. L. y F. K. Goodwin, “Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse”, *Journal of the American Medical Association,* 264: 2511-2518, 1990.
Juffer, F., M. H. Van Ijzendoorn y M. J. Bakermans-Kranenburg, “Intervention in Transmission of Insecure Attachment: A Case Study”, *Psychological Reports,* 80: 531-543, 1997.
Jussim L., T. E. Nelson y M. Manis, “Prejudice, Stereotypes, and Labeling Effects: Sources of Bias in Person Perception”, *Journal of Personality and Social Psychology,* 68: 228-246, 1995.
Kabel, D. I. y F. Petty, “A Placebo-Controlled, Double-Blind Study of Fluoxetine in Severe Alcohol Dependence: Adjunctive Pharmacotherapy During and

After Inpatient Treatment", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 20: 780, 1996.

Kacker, R., "From no Interest to Special Interest: A Personal Reflection on the RCGP Certificate in Substance Misuse", *British Journal of General Practice*, octubre, 52 (483): 866, 2002.

Kalivas, P. W. y N. D. Volkow, "The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice", *The American Journal of Psychiatry,* 162: 1403-1413, 2005.

Kaminer, Y., "Clinical Implications of the Relationship Between ADHD and Psychoactive Substance Use Disorders", *American Journal on Addictions,* 1: 257-264, 1992.

Kampman, K. M., A. I. Alterman, J. R. Volpicelli e I. Many, "Cocaine Withdrawal Symptoms and Initial Urine Toxicology Results Predict Treatment Attrition in Outpatient Cocaine Dependence Treatment", *Psychology of Addictive Behaviors,* 15: 52-59, 2001.

Kampman, K. M., C. Dackis, K. G. Lynch, H. Pettinati, C. Tirado, P. Gariti, T. Sparkman, M. Atzram y C. P. O'Brien, "A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Amantadine, Propranolol, and Their Combination for the Treatment of Cocaine Dependence in Patients with Severe Cocaine Withdrawal Symptoms", *Drug and Alcohol Dependence*, 85: 129-137, 2006.

Kampman, K. M., J. R. Volpicelli, D. E. McGinnis, A. I. Alterman, R. Weinrieb, L. D'Angelo *et al.,* "Reliability and Validity of the Cocaine Selective Severity Assessment", *Addictive Behaviors,* 23: 449-461, 1998.

Kan, R., S. Hughes y M. Rosen, "Intravenous Remifentanil. Placental Transfer, Maternal and Neonatal Effects", *Anesthesiology,* 88: 1467-1474, 1998.

Kandel, D. B. y J. A. Logan, "Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: I. Periods of Risk for Initiation, Continued Use, and Discontinuation", *American Journal of Public Health,* 74: 660-666, 1984.

Kandel, D. y R. Faust, "Sequence and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use", *Archives of General Psychiatry,* 32: 923-932, 1975.

Kandel, D. B., J. G. Jonson y H. R. Bird, "Psychiatric Comorbidity Among Adolescents with Substance Use Disorders: Findings from the MECA Study", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 38: 693-696, 1999.

Kandel, D. B., P. Wu y M. Davies, "Maternal Smoking During Pregnancy and Smoking by Adolescent Daughters", *American Journal of Public Health,* 84: 1407-1413, 1994.

Kang, S. Y. *et al.*, "Outcomes for Cocaine Abusers After Once-a-Week Psychosocial Therapy", *The American Journal of Psychiatry,* 148 (1): 630-635, 1991.

Kann, L., S. A. Kinchen, B. I. Williams *et al., Youth Risk Behavior Surveillance. U. S., 1999,* MMWR, CDC Surveillance Summaries, Atlanta, United States

Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
Kantak, K. M., "Vaccines Against Drugs of Abuse: A Viable Treatment Option?", *Drugs*, 63 (4): 341-352, 2003.
Kaplan, H. y B. Sakock, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry,* Baltimore, Williams & Wilkins, 8a. ed., 1998.
Kaplan, H. I., B. J. Sadock y J. A. Grebb, *Synopsis of Psychiatry,* Baltimore, William and Wilkins, 7a. ed., 1994.
____, *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* Baltimore, William and Wilkins, 7a. ed., 1999.
Karasu, T. y R. I. Steinmuller, *Psychotherapeutics in Medicine*, Nueva York, Grune and Stratton, 1978.
Katon, W. J., M. Von Korff y E. Lin, "Panic Disorder: Relationship to High Medical Care Utilization", *American Journal of Medicine,* 92, supl. 1: 7-11, 1992.
Katon, W., P. P. Bitaliano y J. Russo, "Panic Disorder Epidemiology and Primary Care", *Journal of Family Practice,* 23: 233-239, 1986.
Katz, I. R., C. F. Reynolds, G. S. Alexopoulos y D. Hackett, "Venlafaxine ER as a Treatment for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Pooled Analysis of Five Randomized Placebo-Controlled Clinical Trials", *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 18-25, 2002.
Kauer, J. A., "Learning Mechanisms in Addiction: Synaptic Plasticity in the Ventral Tegmental Area as a Result of Exposure to Drugs of Abuse", *Annual Review of Physiology*, 66: 447-475, 2004.
Kaufman, E., "Diagnosis and Treatment of Drug and Alcohol Abuse in Women", *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* junio, 174 (1): 21-27, 1996.
Kaufman, E. y J. McNul, "Recent Advances at the Comprehension and Treatment of Drug Abuse and Dependence", *Hospital & Community Psychiatry,* 43 (3): 220-232, 1992.
Kaul, P. y S. M. Coupey, "Clinical Evaluation of Substance Abuse", *Pediatrics in Review,* 23 (3): 80-96, 2003.
Kellam, S. G., C. H. Brown, J. Poduska, N. Ialongo, W. Wang, P. Toyinbo, H. Petras, C. Ford, A. Windham y H. C. Wilcox, "Effects of a Universal Classroom Behavior Management Program in First and Second Grades on Young Adult Behavioral, Psychiatric and Social Outcomes", *Drug and Alcohol Dependence,* 1 (4): 1-24, 2008.
Kelley, A. E., "Memory and Addiction: Shared Neural Circuitry and Molecular Mechanisms", *Neuron,* 44: 161-179, 2004.
Kelly, J. J., P. G. Davis y P. N. Henschke, "The Drug Epidemic: Effects on Newborn Infants and Health Resource Consumption at a Tertiary Perinatal Centre", *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36: 262-264, 2000.

Kelly, T. M., P. H. Soloff, K. G. Lynch, G. L. Haas y J. J. Mann, "Recent Life Events, Social Adjustment, and Suicide Attempts in Patients with Major Depression and Borderline Personality Disorder", *Journal of Personality Disorders*, 14 (4): 316-326, 2000.

Kendler, K. S., C. M. Bulik, J. Silberg, J. M. Hettema, J. Myers y C. A. Prescott, "Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Co-twin Control Analysis", *Archives of General Psychiatry*, 57: 953-959, 2000.

Kendler, K. S., K. C. Jacobson, C. A. Prescott y M. C. Neale, "Specificity of Genetic and Environmental Risk Factors for Use and Abuse/Dependence of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants, and Opiates in Male Twins", *The American Journal of Psychiatry*, 160: 687-695, 2003.

Kendler, K. S., X-Q. Liu, C. O. Gardner, M. E. McCullough, D. Larson y C. A. Prescott, "Dimensions of Religiosity and their Relationship to Lifetime Psychiatric and Substance Use Disorders", *The American Journal of Psychiatry,* 160: 496-503, 2003.

Kendler, K. S., C. A. Prescott, J. Myers y M. C. Neale, "The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women", *Archives of General Psychiatry,* 60: 929-937, 2003.

Kennedy, D. O., A. B. Scholey, N. T. J. Tildesley, E. K. Perry y K. A. Wesnes, "Modulation of Mood and Cognitive Performance Following Acute Administration of Single Doses of Melissa Officinalis (Lemon Balm)", *Pharmacology Biochemistry & Behavior,* 72: 953-964, 2002.

Kennedy, D. O., A. B. Scholey y A. Wesnes, "Differential, Dose Dependent Changes in Cognitive Performance Following Acute Administration of a Ginkgo Biloba/Panax Ginseng Combination to Healthy Young Volunteers", *Nutritional Neuroscience,* 4: 399-412, 2001a.

_____, "Differential, Dose-Dependent Changes in Cognitive Performance and Mood Following Acute Administration of Ginseng to Healthy Young Volunteers", *Nutritional Neuroscience,* 4: 295-310, 2001b.

_____, "Modulation of Cognition and Mood Following Administration of Single Doses of Ginkgo Biloba, Ginseng and a Ginkgo/Ginseng Combination to Healthy Young Adults", *Physiology & Behavior*, 75: 1-13, 2002a.

_____, "The Dose Dependent Cognitive Effects of Acute Administration of Ginkgo Biloba To Healthy Young Volunteers", *Psychopharmacology,* 151: 416-423, 2002b.

Kennedy, D. O. y A. B. Scholey, "Glucose Administration, Heart Rate and Cognitive Performance: Effects of Increasing Mental Effort", *Psychopharmacology,* 149: 63-71, 2000.

Kennedy, D. O. y A. B. Scholey, "Ginseng: Potential in the Enhancement of Cognitive Performance and Mood (Review)", *Pharmacology, Biochemistry*

and Behavior, 75: 687-700, 2003.
Kennedy, D. O., G. Wake, S. Savealev, N. T. J. Tildesley, E. K. Perry, G. Wake, K. A. Wesnes y A. B. Scholey, "Modulation of Mood and Cognitive Performance Following Administration of Single Doses of Melissa Officinalis (Lemon Balm) with Human CNS Nicotinic and Muscarinic Receptor Binding Properties", *Neuropsychopharmacology*, 28: 1871-1881, 2003.
Kepler, A., "Uso de la farmacología en el tratamiento de las adicciones", *Scientific American:* 23-26, 1991.
Kerai, M. D., C. J. Waterfield, S. H. Kenyon, D. S. Asier y J. A. Timbrell, "Taurine: Protective Properties Against Ethanol-Induced Hepatic Steatosis and Peroxidation During Chronic Ethanol Consumption in Rats", *Amino Acids,* 15 (1-2): 53-76, 1998.
Kermani, J. y R. Castaneda, "Psychoactive Substance Use in Forensic Psychiatry", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* febrero, 22 (1): 1-27, 1996.
Kernberg, O., *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* Nueva York, Aronson, 1975.
____, "Agression and Love in the Relationship of the Couple", en *Perversions and Near Perversions in Clinical Practice. New Psychoanalytic Perspectives,* New Haven, Yale University Press, 1991.
Kessler, L. G., Cleary, P. D. y J. D. Burke, "Psychiatric Disorders in Primary Care: Results of a Follow-up Study", *Archives of General Psychiatry,* 42: 583-587, 1985.
Kessler, R. C., K. A. McGonagle y M. Swartz, "Sex and Depression in the National Comorbidity Survey", *Journal of Affective Disorders,* 29: 85-96, 1993.
Kessler, R. C., K. A. McGonagle y E. Zhao, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in U. S.", *Archives of General Psychiatry,* 51: 8-19, 1994.
Kessler, R. C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, D. Koretz y K. R. Merikangas, "The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)", *Journal of the American Medical Association,* 289: 3095-3105, 2003.
Kessler, R. C., G. Borges y E. E. Walters, "Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry,* 56: 617-626, 1999.
Kessler, R. C., R. M. Crum, L. A. Warner, C. B. Nelson, J. Schulenberg y J. C. Anthony, "Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry,* 54: 313–321, 1997.
Khantzian, E. J., "Self-regulation Vulnerabilities in Substance Abusers: Treatment Implications", en S. Dowling (comp.), *The Psychology and*

Treatment of Addictive Behavior, Madison, International Universities Press, pp. 17-42, 1995.
____, "The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: Reconsideration and Recent Applications", *Harvard Review of Psychiatry*, 4: 231-244, 1997.
Kiefer, F., H. Jahn, T. Tarnaske y H. Helwig, "Comparing and Combining Naltrexone and Acamprosate in Relapse Prevention of Alcoholism: A Double-blind, Placebo-Controlled Study", *Archives of General Psychiatry*, 60: 92-99, 2003.
Kilts, C. D., "Imaging the Roles of the Amygdala in Drug Addiction", *Psychopharmacology Bulletin,* invierno, 35 (1): 84-94, 2001.
Kilts, C. D., R. E. Gross, T. D. Ely y K. P. G. Drexler, "The Neural Correlates of Cue-Induced Craving in Cocaine-Dependent Women", *The American Journal of Psychiatry,* 161: 233-241, 2004.
Kilzieh, N. y H. D. Akiskal, "Rapid-Cycling Bipolar Disorder. An Overview of Research and Clinical Experience", *Psychiatric Clinics of North America,* septiembre, 22 (3): 585–607, 1999.
King, E. A., D. S. Baldwin, J. M. A. Sinclair, N. G. Baker, M. J. Campbell y C. Thompson, "The Wessex Recent In-patient Suicide Study, I: Case Control Study of 234 Recently Discharged Psychiatric Patient Suicides", *British Journal of Psychiatry,* 178: 531-536, 2001.
Kinnell, H. G., "Bupropion for Smokers: Drug is Almost Identical in Structure to Diethylpropion, a Controlled Drug", *British Medical Journal,* 322: 431-432, 2001.
Kirsch, L. G. y J. V. Becher, "Emotional Deficits in Psychopathy and Sexual Sadism: Implications for Violent and Sadistic Behavior", *Clinical Psychology Review,* febrero, 2007.
Klamen, D. L., "Education and Training in Addictive Diseases", *Psychiatric Clinics of North America,* junio, 22 (2): 471-480, XI, 1999.
Klamen, D. L. y N. S. Millar, "Integration in Education for Addiction Medicine", *Journal of Psychoactive Drugs,* julio-septiembre, 29 (3): 263-268, 1997.
Kleber, H. D., "Future Advances in Addiction Treatment", *Clinical Neuroscience Research,* 5: 201-205, 2005.
Kleber, H. D., "Opioids: Detoxification", en M. Galanter y H. D. Kleber (comps.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment,* Washington, D. C., American Psychiatric Press, 2a. ed., pp. 251-269, 1999.
Klein, J., "Sexual Harassment", *The American Journal of Psychiatry,* marzo, 152 (3): 478-479, 1998.
Klein, M., "Research Issues Related to Development of Medications for Treatment of Cocaine Addiction", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 844: 75-91, 1998.

Klein, M., P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere, *Developments in Psychoanalysis*, Londres, Hogarth Press, 1952.
Kloner, R. A. y S. H. Rezkalla, "Cocaine and the Heart", *New England Journal of Medicine,* 348 (6): 487-488, 2003.
Klonsky, E. D., "The Functions of Deliberate Self-Injury: A Review of the Evidence", *Clinical Psychology Review,* 27: 226-239, 2007.
Knaul, F., H. Arreola, C. Borja, G. Nigenda, M. Ruiz de Chávez y G. Soberón, *Competitividad y salud: La propuesta,* México, Fundación Mexicana para la Salud, 2004.
Knecht, T., "Significance of a Single Tattoo in Dysocial Probands. Statistical Comparison if Socially Maladjustment, Male Delinquents with and without Tattoos", *Archiv für Kriminologie,* 201 (1-2): 44-45, 1998.
Knobloch-Fedders, L., M. Pinsof y M. William, "Therapeutic Alliance and Treatment Progress in Couple Psychotherapy", *Journal of Marital and Family Therapy,* abril, 1: 129-135, 2007.
Ko, Y. C., M. S. Ho, T. A. Chiang, S. J. Chang y P. Y. Chang, "Tattooing as a risk of Hepatitis C Virus Infection", *Journal of Medical Virology,* 38: 288-291, 1992.
Koelega, H. S., "Effects of Caffeine, Nicotine and Alcohol on Vigilance Performance", en J. Snel y M. Lorist (comps.), *Nicotine, Caffeine and Social Drinking,* Amsterdam, OPA, pp. 363-373, 1998.
Koenig, L. M. y M. Carnes, "Body Piercing Medical Concerns with Cutting-Edge Fashion", *Journal of General Internal Medicine,* 14: 379-385, 1999.
Kokaliari, E., *Deliberate Self-injury: An Investigation of the Prevalence and Psychosocial Meanings in a Non-clinical Female College Population,* Northampton, Smith College School for Social Work, 2005.
Kokkevi, A., C. Hartgers *et al.,* "European Addiction Severity Index: EuropASI Interviews. European Cooperation in the Field of Scientific and Technical Research, 1994", *European Addiction Research*, 1: 208-210, 1995.
Komiyayama, T., "Protracted Withdrawal Symptoms and Therapy for Alcohol and Drug Dependence", *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi,* octubre, 22 (5): 199-200, 2002.
Koob, G. F. y M. Le Moal, "Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation", *Science*, 278: 52-58, 1997.
Koob, G. F., P. P. Sanna y F. E. Bloom, "Neuroscience of Addiction", *Neuron*, 21 de septiembre, (3): 467-476, 1998.
Kopelowicz, A., C. J. Wallace y R. Zárate, "Teaching Psychiatric Inpatients to Reenter the Community: A Brief Method of Improving Continuity of Care", *Psychiatric Services,* 49: 1313-1316, 1998.
Koran, L. M., E. Hackett, A. Rubin, R. Wolkow y D. Robinson, "Efficacy of Sertraline, in the Long-Term Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder", *The American Journal of Psychiatry,* 159: 88-95, 2002.

Korol, D. L. y P. E. Gold, “Glucose, Memory, and Aging”, *American Journal of Clinical Nutrition,* 67, supl.: 764-771, 1998.

Kosaka, Y., T. Takahashi y L. C. Mark, “Intravenous Thiobarbiturate Anesthesia for Cesarean Section”, *Anesthesiology,* 31: 489, 1981.

Kosten, R., “Pharmacotherapeutic Interventions for Cocaine Abuse, Matching Patients to Treatments”, *Journal of Nervous and Mental Disease,* 177: 379-389, 1989.

____, “Clinical and Research Perspectives on Cocaine Abuse. The Pharmacotherapy of Cocaine Abuse”, en M. Tims y G. Leukefeld (comps.), *Cocaine Treatment, Research and Clinical Perspectives,* NIDA Research Monograph Series, 135: 78-81, 1993.

Kosten, T. R., “The Pharmacotherapy of Relapse Prevention Using Anticonvulsants”, *American Journal on Addictions,* verano, 7 (3): 205-209, 1998.

____, “Pathophysiology and Treatment of Cocaine Dependence”, en K. Davis, D. Charney, J. T. Coyle y C. Nemeroff (comps.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress,* Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1461-1473, 2002.

____, “Drug Alcohol Withdrawal Management”, *New England Journal of Medicine,* 348: 1786-1795, 2003.

Kosten, T. R., M. Rossen, J. Bond, M. Settkes, S. T. Calir, J. Roberts, J. Shields, L. Jack y B. Fox, “Human Therapeutic Cocaine Vaccine: Safety and Immunegenecity”, *Vaccine,* 20: 1196-1204, 2002.

Kosten, T. R. y P. G. O’Connor, “Current Concepts: Management of Drug and Alcohol Withdrawal”, *New England Journal of Medicine,* 348: 1786-1795, 2003.

Kozell, B. y K. Meshul, “Alterations in Nerve Terminal Glutamate Immunoreactivity in the Nucleus Accumbens and Ventral Tegmental Area Following Single and Repeated Doses of Cocaine”, *Psychopharmacology,* 165: 337-345, 2003.

Kranzler, H., J. Lappalainen, M. Nellissery y J. Gelernter, “Association Study of Alcoholism Subtypes with a Functional Promoter Polymorphism in the Serotonin Transporter Protein Gene”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 26: 1330-1335, 2002.

Kranzler, H. R., J. A. Burleson, J. Y. Brown y T. F. Babor, “Fluoxetine Treatment Seems to Reduce the Beneficial Effects of Cognitive-Behavioral Therapy in Type B Alcoholics”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 20: 1534-1541, 1996.

Krause, H., A. Bremerich y M. Sztraka, “Complications Following Piercing in the Oral and Facial Region in Germany”, *Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,* 4: 21-24, 2000.

Kreek, M. J., "Methadone-Related Opioid Agonist Pharmacotherapy for Heroin Addiction: History, Recent Molecular and Neurochemical Research and Future in Mainstream Medicine", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 909: 186-216, 2000.

Krueger, J., "Personal Beliefs and Cultural Stereotypes About Racial Characteristics", *Journal of Personality and Social Psychology,* 71: 536-548, 1996.

Krupitsky, E. M., D. V. Masalov, T. Y. Didenko, A. M. Burakov, N. Romanota, E. Zvartau y G. Woody, "Prevention of Suicide by Naltrexone in a Recently Detoxified Heroin Addict", *European Addiction Research,* 7: 87-88, 2001.

Krupnick, J. L., S. M. Sotsky, S. Simmens, J. Moyer, I. Elkin, J. Watkins y P. A. Pilkonis, "The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Journal of Consulting Clinical Psychology,* julio, 64 (3): 532-553, 1996.

Kupfer, D. J., "Long-Term Treatment of Depression", *Journal of Clinical Psychiatry,* 52: 28-34, 1991.

Kuriyama, K. y T. Hashimoto, "Interrelationship Between Taurine and GABA", *Advances in Experimental Medicine and Biology,* 442: 329-337, 1998.

Kushner, M. G., K. J. Sher y D. J. Erickson, "Prospective Analysis of the Relation Between DSM-III Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders", *The American Journal of Psychiatry* 156: 723-732, 1999.

Kutz, I. y V. Reznik, "Heroin Detoxification with a Single High Dose of Buprenorphine", *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences,* 39 (2): 113-119, 2002.

Laegreid, L. y R. Olegard, "Teratogenic Effects of Benzodiazepine Use During Pregnancy", *Journal of Pediatrics,* 114: 126-131, 1989.

Laercio, D., *Vida de los filósofos más ilustres,* Buenos Aires, Ateneo, 1947.

Laget, J., B. Plancherel, P. Stephan, M. Bolognini, M. Corcos, P. Jeammet y O. Halfon, "Personality and Repeated Suicide Attempts in Dependent Adolescents and Young Adults", *Crisis,* 274: 164-171, 2006.

Lahoste, G. J., J. M. Swanson, S. B. Wigal, C. Glabe, T. Wigal y N. King, "Dopamine D4 Receptor Gene Polymorphism is Associated with ADHD", *Molecular Psychiatry,* 1: 121-124, 1996.

Laín Entralgo, P., *La medicina actual,* Madrid, Dossat, 2a. ed., 1981.

Lamaire, J., *La pareja humana. Su vida, su muerte, su estructura,* México, Fondo de Cultura Económica, 1990.

Lamb, H. R., *Treating the Long-term Mentally Ill: Beyond Deinstitutionalization,* San Francisco, Jossey-Bass, 1982.

Lamber, C., C. Nordt y L. Falcato, "Lay Recommendations on how to Treat Mental Disorders", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 36: 553-556, 2001.

Lambert, N., C. Hartsough, D. Sassone y J. Sandoval, "Persistence of Hyperactivity Symptoms from Childhood to Adolescence and Associated Outcomes", *American Journal of Orthopsychiatry,* 571: 22-32, 1987.

Lancet, "L-arginina", 27 de septiembre, 350: 901, 1997.

Lane, J. D. y B. G. Phillips-Bute, "Caffeine Deprivation Affects Vigilance Performance and Mood", *Physiology & Behavior,* 65: 171-175, 1998.

Lane, J. E., J. L. Waller y L. S. Davis "Relationship Between Age of Ear Piercing and Keloid Formation", *Pediatrics,* 115: 1312-1314, 2005.

Lane, R. C., J. W. Hull y L. M. Foerhrenbach, "The Addiction to Negativity", *Psychoanalytic Review,* 78 (3): 391-410, 1991.

Lange, R. A. y L. D. Hillis, "Cardiovascular Complications of Cocaine Use", *New England Journal of Medicine,* 345: 351-358, 2001.

Langeland, W., N. Draijer y W. Van Den Brink, "Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcoholics: The Role of Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, marzo, 28 (3): 441-447, 2004.

Langer, D. H., K. P. Sweeney, D. E. Bartenbach, P. M. Davis y K. B. Menander, "Evidence of Lack of Abuse or Dependence Following Pemoline Treatment: Results of a Retrospective Survey", *Drug and Alcohol Dependence,* 17: 213-227, 1996.

Laplanche J. y B. Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis,* Barcelona, Labor, 1979.

Laplante, D. A., R. A. Labrie, R. C. Kidman, A. N. Donato y M. V. Stanton, "Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology", *Harvard Review of Psychiatry,* noviembre-diciembre, 12: 367-374, 2004.

Larratt, S., Scarification FAQ, Date: 3/18/2002, http://www.bmezine.com/scar/scar-faq.html.

Lauber, C., C. Nordt y L. Falcato, "Factors Influencing Social Distance Toward People with Mental Illness", *Community Mental Health,* 40: 265-274, 2004.

Lauderdale, S. A. e I. Javaid Sheikh, "Anxiety Disorders in Older Adults", *Clinics in Geriatric Medicine,* noviembre, 19 (4): 721-741, 2003.

Lazarus, J., "More on Boundary Violations", *Psychiatric News,* 5 de noviembre, p. 14, 1993.

Lehman, A. F., R. Goldberg y L. B. Dixon, "Improving Employment Outcomes for Persons with Severe Mental Illnesses", *Archives of General Psychiatry,* 59: 165-172, 2002.

Leiper, R. y P. Casares, "An Investigation of the Attachment Organization of Clinical Psychologists and its Relationship to Clinical Practice", *British Journal of Medical Psychology,* diciembre, 73 (4): 449-464, 2000.

Lenze, E. J., B. H. Mulsant, M. K. Shear, H. C. Schulberg, M. A. Dew, A. E. Begley *et al.,* "Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients", *The American Journal of Psychiatry*, 157: 722-728, 2000.

León, V., M. V. Zunzunegui, P. E. Muñoz y C. Soria, “Contactos sociales y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años”, *Revista de Gerontología,* 1: 105-110, 1991.

Lerman, A., J. C. Burnett, S. T. Higano, L. J. McKinley y D. R. Colmes, “Long-term L-Arginine Supplementation Improves Small-Vessel Coronary Endothelial Function in Humans”, *Circulation,* 97: 21, 2 de junio: 2123-2128, 1998.

Lester, D., “Alcoholism and Drug Abuse”, en R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger y R. I. Yufit (comps.), *Assessment and Prediction of Suicide,* Nueva York, Guilford Press, pp. 321-336, 1992.

____, *Why People Kill Themselves,* Springfield, Charles Thomas, 2000.

Leuttig, B. y C. Steinmuller, “Macrophage Activation by the Polysaccharide Arabinogalactan Isolated from Plant Cell Cultures of Echinacea Purpurea”, *Journal of the National Cancer Institute,* 81: 669-675, 1989.

Levenson, J. L., “Psychiatric Aspects of Medical Practice”, en A. Stoudemire (comp.), *Clinical Psychiatry for Medical Students,* Filadelfia, J. B. Lippincott, 1990.

Levin, F. R., S. M. Evans y H. D. Kleber, “Prevalence of Adult ADHD Among Cocaine Abusers Seeking Treatment”, *Drug and Alcohol Dependence,* 52: 15-25, 1998.

____, “Practical Guidelines for the Treatment of Substance Abusers with Adult ADHD”, *Psychiatric Services,* 50 (8): 1001-1003, 1999.

Levin, F. R., S. M. Evans, D. M. McDowell, D. J. Brooks y E. Nunes, “Bupropion Treatment for Cocaine Abuse and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, *Journal of Addictive Diseases,* 21 (2): 1-16, 2002.

Levin, F. R., S. M. Evans, D. McDowell y H. D. Kleber, “Methylphenidate Treatment for Cocaine Abusers with Adult ADHD: A Pilot Study”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 58: 1-21, 1997.

Levin, F. R., S. M. Evans, D. McDowell, D. Brooks, M. Rhum y H. Kleber, “Bupropion Treatment for Adult ADHD and Cocaine Abuse”, ponencia presentada a la reunión anual del CPDD, Scottsdale, junio, 1998.

Levin, F. R., S. M. Evans, M. Rosenthal y H. D. Kleber, “Psychiatric Comorbidity in Cocaine Abusers in Outpatient Settings or a Therapeutic Community”, ponencia presentada a la reunión anual del CPDD, Nashville, 14-19 de junio, 1997.

Levin, F. R., A. Bisaga y H. D. Kleber, “Los tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias: Presentes y prometedores”, *Psiquiatría y Salud Integral,* 2: 35-45, 2002.

Levin, F. R., S. M. Evans, D. J. Brooks y F. Garawi, “Treatment of Cocaine Dependence Treatment Seekers with Adult ADHD: A Double-blind Comparison of Methylphenidate and Placebo”, *Drug and Alcohol Dependence,* 87: 20-29, 2007.

Levin, F. R. y H. D. Kleber, "ADHD and Substance Abuse: Relationships and Implications for Treatment", *Harvard Review of Psychiatry,* 2 (5): 246-258, 1995.
Levitan, E. S., P. R. Schofield, D. R. Burt, L. M. Rhee y W. Wisden, "Structural and Functional Basis for GABA-a Receptor Heterogenicity", *Nature,* 335: 7679, 1988.
Lewis, D. C., R. G. Niven y D. Czechowicz, "A Review of Medical Education in Alcohol and other Drugs", *Journal of the American Medical Association*, 257 (21): 2945-2948, 1987.
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Secretaría de Desarrollo Social/Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, México, 2002.
Ley General de Salud, México, Secretaría de Salud, 1993.
_____, Decreto de Reforma a la Ley General de Salud del 26 de mayo de 2000, incluye la modificación a la fracción II del artículo 188 del 31 de mayo de 2000 y la adición de los artículos 199 y 199-bis del 5 de enero de 2001, 2001.
_____, 7 de febrero, 1984, texto vigente, última reforma publicada, *Diario Oficial de la Federación,* 28 de junio de 2006.
Li, T. K., "Pharmacogenetics of Responses to Alcohol and Genes that Influence Alcohol Drinking", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 61: 5-12, 2000.
Libennan, R. P. y A. Kopelowicz, "Teaching Persons with Severe Mental Disabilities to be their Own Case Managers", *Psychiatric Services,* 53: 1377-1379, 2002.
Liberman, R. P., C. J. Wallace y L. Hassell, "Rehab Rounds: Predicting Readiness and Responsiveness to Skills Training: The Micro-Module Learning Test", *Psychiatric Services,* 55: 764-766, 2004.
Lifshitz, A., *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica,* México, UNAM/ IMSS, 2a. ed., 2000.
Liguori, A. y J. H. Robinson, "Caffeine Antagonism of Alcohol-Induced Driving Impairment", *Drug and Alcohol Dependence,* 63 (2): 123-129, 2001.
Linares, P. M. C., M. C. Palau, C. C. Albiach y D. P. Santos, "Predictive Variables of adherence to Treatment in Alcoholics", *Actas Españolas de Psiquiatría,* noviembre-diciembre, 30 (6): 370-375, 2002.
Linehan, M. M., "Suicidal People: One Population or Two?", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 487: 16-33, 1986.
Linehan, M. M., H. E. Armstrong, A. Suárez, D. Allmon y H. L. Heard, "Cognitive Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients", *Archives of General Psychiatry,* 48: 1060-1064, 1991.
Linehan, M. M., D. A. Tutek, H. L. Heard y A. He, "Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients", *The American Journal of Psychiatry,* 151: 1771-1776, 1994.
Link, B. G. y F. T. Cullen, "Contact with the Mentally Ill and Perceptions of how Dangerous they Are", *Journal of Health and Social Behavior,* 27: 289-302,

1986.
Link, B. G., J. Phelan y M. Bresnahan, "Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance", *American Journal of Public Health,* 89: 1328-1333, 1999.
Link, B. G., F. T. Cullen, E. Struening, P. Shrout y B. P. Dohrenwend, "A Modified Labeling Theory Approach in the Area of Mental Disorders. An Empirical Assessment", *American Sociological Review,* 54:100-123, 1989.
Link, B. G., E. L. Struening, M. Rahav, J. C. Phelan y L. Nuttbrock, "On Stigma and its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study on Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse", *Journal of Health & Social Behavior,* 38: 177-190, 1997.
Link, B. G., L. H. Yang, J. C. Phelan y P. Y. Collins, "Measuring Mental Illness Stigma", *Schizophrenia Bulletin,* 30: 511-541, 2004.
Linn, L. S. y J. S. Speigal, "Recent Sexual Behaviors Among Homosexual Men Seeking Primary Medical Care", *Archives of Internal Medicine,* 149 (12): 2685-2690, 1998.
Liporace, J. D., "Women's Issues in Epilepsy. Menses, Childbearing, and More", *Postgraduate Medicine,* 102 (1): 123-124, 1997.
Lipton, M., A. Di Mascio y K. F. Killan, *Psicofarmacología,* Madrid, Espasa, 1982.
Lisak, D., J. Hopper y P. Song, "Factors in the Cycle of Violence: Gender Rigidity and Emotional Constriction", *Journal of Traumatic Stress,* octubre, 9 (4): 721-743, 1996.
Llosa, T. y J. E. Chang-Fung, "Handbook on Oral Cocaine in Addictions", en *Proceedings on NIDA/CPDD 69th Annual Scientific Meeting,* Quebec, 16-21 de junio, 2007.
Lo, C. C. y R. C. Stephens, "Arrestees Perceived Needs for Substance-Specific Treatment: Exploring Urban-Rural Differences", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* noviembre, 28 (4): 623-642, 2002.
Lo, C. C., A. T. Sasso y J. S. Lyons, "The Effects of Co-payments on Substance Abuse Treatment Expenditures and Treatment Reoccurrence", *Psychiatric Services,* diciembre, 53 (12): 1605-1611, 2002.
Loas, G., F. Atger, F. Perdereau, A. Verrier, J. D. Guelfi, O. Halfon, F. Lang, P. Bizouard, J. L. Venisse, F. Pérez-Díaz, M. Corcos, M. Flament y P. Jeammet, "Comorbidity of Dependent Personality Disorder and Separation Anxiety Disorder in Addictive Disorders and in Healthy Subjects", *Psychopathology,* 35: 249-253, 2002.
Lodico, M. A., E. Gruber y R. J. DiClemente, "Childhood Sexual Abuse and Coercive Sex Among School-Based Adolescents in a Midwestern State", *Journal of Adolescent Health,* marzo, 18 (3): 211-217, 1996.
Logan, T. K., J. Cole y L. Shannon, "A Mixed-Methods Examination of Sexual Coercion and Degradation Among Women in Violent Relationships Who do

and do not Report Forced Sex", *Violence and Victims*, 22 (1): 71-94, 2007.
London, E. D., M. Ernst, S. Grant, K. Bonson y A. Weinstein, "Orbitofrontal Cortex and Human Drug Abuse: Functional Imaging", *Cerebral Cortex,* marzo, 10: 334-342, 2000.
____, *Orbitofrontal Cortex and Human Drug Abuse: Functional Imaging,* Brain Imaging Center, National Institute on Drug Abuse, Baltimore y American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2004.
London, E. D., S. J. Grant, M. J. Morgan y S. R. Zukin, "Neurobiology of Drug Abuse", en B. S. Foguel, R. B. Schiffer y S. M. Rao (comps.), *Neuropsychiatry: A Comprehensive Textbook,* Baltimore, William and Wilkins, pp. 635-678, 1996.
Long, P., A. Arif y J. Westermeyer, *Manual of Alcohol And Drug Abuse. Guidelines for Teaching in Medical and Health Institutions,* Nueva York, Plenum Press, 1988.
Longnecker, M. P., J. A. Berlin y M. J. Orza, "A Meta-Analysis of Alcohol Consumption in Relation to Risk of Breast Cancer", *Journal of the American Medical Association,* 260: 652-656, 1988.
Longo, L. P., "Non-Benzodiazepine Pharmacotherapy of Anxiety and Panic in Substance Abusing Patients", *Psychiatric Annals,* 28 (3): 142-153, 1998.
Lorenzo, P., J. C. Moreno, A. Leza *et al., Farmacología básica y clínica,* Madrid, Panamericana, 17a. ed., 2004.
Lottman, P. E., P. J. Jongen, P. F. Rosier y E. J. Meuleman, "Sexual Dysfunction in Men with Multiple Sclerosis: A Comprehensive Pilot-Study into Etiology", *International Journal of Impotence Research,* 10 (4): 233-237, 1998.
Lou, H. C., L. Hendriksen, P. Bruhn y C. Psych, "Focal Cerebral Hypoperfusion in Children with Dysphasia and/or Attention Deficit Disorder", *Archives of Neurology,* 41: 825-829, 1984.
Lou, H. C., L. Henriksen, P. Bruhn, H. Borner y J. Nuielsen, "Striatal Dysfunction in Attention Deficit and Hyperkinetic Disorder", *Archives of Neurology,* 46: 48-512, 1989.
Lovinger, D., "The Role of Serotonin in Alcohol's Effects on the Brain", *Alcohol Health and Research World,* 21: 114-120, 1997.
Lubar, J. F., "Neurofeedback for Management of Attention Deficity/Hiperactivity Disorders", en M. S. Schwartz *et al., Biofeedback: A Practitioner's Guide,* Nueva York, Guilford Press, 1995.
Lubar, J. F., K. J. Bianchini, W. H. Clahoun, W. Lambert, A. H. Brody y H. S. Shabsin, "Spectral Analysis of EEG Differences Between Children with and without Learning Disabilities", *Journal of Learning Disabilities,* 18: 403-408, 1985.
Lubar, J. F., C. Mann, D. M. G Ross y M. S. Shively, "Differences in Semantic Event Related Potentials in Learning Disabled, Normal and Gifted Children", en *Biofeedback and Self-Regulation,* Nueva York, Guilford Press, 1991.

Lubar, J. F y M. N. Shouse, "EEG and Behavioral Changes in a Hyperkinetic Child Concurrent with Training of the Sensorimotor Rhythm (SMR). A Preliminary Report", *Biofeedback and Self-Regulation,* 1: 293-306, 1976.
Lubar, J. O. y J. F. Lubar, "Electroencephalographic Biofeedback of SMR and Beta for Treatment of Attention Deficit Disorders in a Clinical Setting", *Biofeedback and Self-Regulation,* 9: 1-23, 1984.
Luborsky, L., "Theories of Cure in Psychoanalytic Psychotherapies and the Evidence for Them", *Psychoanalytic Inquiry,* 16: 257-264, 1996.
Lüders, H., "Semiological Seizure Classification", *Epilepsia,* 39 (9): 1006-1013, 1998.
Luoma, J. B., M. P. Twohig, T. Waltz, S. C. Hayes, N. Roget, N. Padilla y G. Fisher, "An Investigation of Stigma in Individuals Receiving Treatment for Substance Abuse", *Addictive Behaviors,* 32, 1331-1346, 2007.
Luthar, S. S. y K. G. Walsh, "Treatment Needs of Drug-Addicted Mothers. Integrated Parenting Psychotherapy Interventions", *Journal of Substance Abuse Treatment,* septiembre-octubre, 12 (5): 341-348, 1995.
Lux, A. L., A. J. Henderson y S. J. Pocock, "The ALSPAC Study Team. Wheeze Associated with Prenatal Tobacco Smoke Exposure: A Prospective, Longitudinal Study", *Archives of Disease in Childhood*, 83: 307-312, 2000.
Lyketsos, C. G., L. Delcampo, M. Steinberg *et al.,* "Treating Depression in Alzheimer Disease: Efficacy and Safety of Sertraline Therapy, and the Benefits of Depression Reduction: The DIADS", *Archives of General Psychiatry,* 60: 737-746, 2003.
Lyman, M. J., C. A. Gidycz y S. J. Lynn, "Unacknowledged Versus Acknowledged Rape Victims: Situational Factors and Posttraumatic Stress", *Journal of Abnormal Psychology,* febrero, 105 (1): 124-131, 1996.
Lynskey, M. y D. Fergusson, "Childhood Conduct Problems, Attention-Deficit Behaviors and Adolescent Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use", *The Journal of Abnormal Psychology,* 23 (3): 281-302, 1995.
Lyons, M. y J. Ziviani, "Stereotypes, Stigma, and Mental Illness: Learning from Fieldwork Experiences", *American Journal of Occupational Therapy,* 49: 1002-1008, 1995.
Macewan, G., *The Efforts of Therapists in the First Session to Establish a Therapeutic Alliance,* tesis, Amherst, Graduate School of the University of Massachusetts, 2009.
Machado-Vieira, R., C. I. Carlos Iván Viale y F. Kapczinski, "Mania Associated With an Energy Drink: The Possible Role of Caffeine, Taurine, and Inositol", *Canadian Journal of Psychiatry,* 1º de junio, 46 (5): 454-455, 2001.

Mack, A. H. y R. J. Frances, “Substance-Related Disorders”, *Focus,* 1: 125-146, 2003.
MacLeod, A. K., P. Tata, K. Evans, P. Tyrer, U. Schmidt, K. Davidson, S. Thornton y J. Catalan, “Recovery of Positive Future Thinking Within a High-risk Parasuicide Group: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial”, *British Journal of Clinical Psychology,* 37: 371-379, 1998.
Madden, J., *Alcoholismo y farmacodependencia,* México, El Manual Moderno, 1986.
Magkos, F. y S. A. Kavouras, “Caffeine and Ephedrine: Physiological, Metabolic and Performance-Enhancing Effects”, *Sports Medicine,* 34 (13): 871-889, 2004.
Malcolm, R., H. Myrick, K. T. Brady y J. C. Ballenger, “Update on Anticonvulsants for the Treatment of Alcohol Withdrawal”, *American Journal on Addictions,* 10, supl.: 16-23, 2001.
Malcolm, R., H. Myrick, J. Roberts, W. Wang, R. F. Anton y J. C. Ballenger, “The Effects of Carbamazepine and Lorazepam on Single Versus Multiple Previous Alcohol Withdrawals in an Outpatient Randomized Trial”, *Journal of General Internal Medicine,* 17: 349-355, 2002.
Malhotra, A. K., G. M. Murphy y J. L. Kennedy, “Pharmacogenetics of Psychotropic Drug Response”, *American Journal of Psychiatry,* mayo, 161: 780-796, 2004.
Malone, K. M., M. A. Oquendo, G. L. Haas, S. P. Ellis, S. Li y J. J. Mann, “Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living”, *American Journal of Psychiatry*, 157 (7): 1084-1088, 2000.
Mandelli, M., P. L. Morselli y S. Nordio, “Placental Transfer to Diazepam and the Disposition in the Newborn”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics,* 17: 416-418, 1975.
Mann, C., J. Lubar, A. Zimmerman, C. Miller y R. Muenche, “Quantitative Analysis of EEG in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Controlled Study with Clinical Implications”, *Pediatric Neurology,* 8: 30-36, 1991.
Mann, J. J., C. Waternaux, G. L. Haas y K. M. Malone, “Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients”, *American Journal of Psychiatry,* 156: 181-189, 1999.
_____, “Searching for Triggers of Suicidal Behavior”, *American Journal of Psychiatry,* 161: 395-397, 2004.
Mannuzza, S., R. Gittelman-Klein, P. H. Konig y T. L. Giampino, “Hyperactive Boys almost Grown Up: IV. Criminality and its Relationship to Psychiatric Status”, *Archives of General Psychiatry,* 46: 1073-1079, 1989.
Mannuzza, S., R. G. Klein, N. Bonagura, P. Malloy, T. L. Giampino y K. A. Addalli, “Hyperactive Boys almost Grown Up. Replication of Psychiatric Status”, *Archives of General Psychiatry,* 48: 77-83, 1991.

Mannuzza, S., R. G. Klein, A. Bessler, P. Malloy y M. Lapadula, "Adult Outcome of Hyperactive Boys: Educational Achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status", *Archives of General Psychiatry,* 50: 39, 1998a.

_____, "Adult Psychiatric Status of Hyperactive Boys Grown Up", *American Journal of Psychiatry,* 155 (4): 493-498, 1998b.

Mantovani, J. y D. C. de Vivio, "Effects of Taurine on Seizures and Growth Hormone Release in Epileptic Patients", *Archives of Neurology,* 36: 672-674, 1979.

Marcoux, D., "Appearance, Cosmetics, and Body Art in Adolescents", *Dermatologic Clinics,* 18: 667-673, 2000.

Marcus, M. T., K. A. Rickman y T. Sobhan, "Substance Abuse Education Liaisons: A Collaborative Continuing Education Program for Nurses in Acute Care Settings", *Journal of Continuing Education in Nursing,* septiembre-octubre, 30 (5): 229-234, 1999.

Maremmani, I., O. Zolesi, M. Aglietti, G. Marini, A. Tagliamonte y M. Shinderman, "Methadone Dose and Retention During Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity", *Journal of Addictive Diseases,* 19: 29-41, 2000.

Margolin, A., T. Kosten, K. Avants, J. Wilkins, Ling, M. Beckson, I. Arnd, J. Cornish, J. Ascher, L. Shou-Hua y P. Bridge, "A Multicenter Trial of Bupropion for Cocaine Dependence in Methadone-Maintained Patients", *Drugs and Alcohol Dependence,* 40: 83-86, 1995.

Marlatt, A. y K. Barret, "Relapse Prevention", en M. Galanter y H. Kleber (comps.), *Textbook of Substance Abuse Treatment,* Washington, D. C., American Psychiatric Press, pp. 285-287, 1994.

Mariden, J., U. Nizzoli, C. Corbelli, H. Margaron, M. Torres, D. E. Prada, I. Castro, D. Stewart y M. Gossop, "New European Instruments for Treatment Outcome Research: Reliability of the Maudsley Addiction Profile and Treatment Perceptions Questionnaire in Italy, Spain and Portugal", *European Addiction Research,* 6: 115-122, 2000.

Marsden, J., M. Gossop, D. Stewart, M. Best, P. Farrell, D. Lehmann, J. Edwards y A. Strang, "The Maudsley Addiction Profile (MAP): A Brief Instrument for Assessing Treatment Outcome", *Addiction,* 12: 1857-1867, 1998.

Marshall, R. D., K. L. Beebe, M. Oldham y R. Zaninelli, "Efficacy and Safety of Paroxetine Treatment for Chronic PTSD: A Fixed-Dose, Placebo-Controlled Study", *American Journal of Psychiatry,* 158: 1982-1988, 2001.

Martel, S. y J. E. Anderson, "Decorating the Human Canvas. Body Art and Your Patients", *Contemporary Pediatrics,* 19: 86-102, 2002.

Martin, D. J., J. P. Garske y M. K. Davies, "Relationship of Alliance with Outcome and Other Variables", *Journal of Clinical Physchology,* 68:438-450, 2000.

_____, "Relationship of Alliance with Outcome and Other Variables", *Journal of Clinical Phsychology,* 68: 438-450, 2000a.

____, “Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and other Variables. Meta-analytic Review”, *Journal of Consulting Clinical Psychology,* junio, 68 (3): 438-450, 2000b.
Martin, J., “Produits, société et prises en charge de l’addiction: Quelques enseignements d’un quart de siècle de santé publique”, *Revue Medicale de la Suisse Romande,* octubre, 122 (10): 513-518, 2002.
Martin, J. A., T. M. Hughes y N. M. Stone, “Black Henna Tattoos: An Occult Source of Natural Rubber Latex Allergy?”, *Contact Dermatitis,* 52: 145-146, 2005.
Martin, P. A., *Marital Therapy Manual,* Nueva York, Brunner/Mazel, 1976.
Martínez, A. J., M. J. Martínez, C. G. Mercado, M. Souza y M. y G. A. Prado, “Binomio sida-adicciones. Un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio”, *Psiquiatría,* 2a. época , 15 (3): 61-67, 1999.
Martínez, A. J., M. J. Martínez, C. G. Mercado y M. Souza y M., “Terapéutica integral del abuso y adicción a mariguana”, *Psiquiatría,* 15: 23-27, 1999.
Martínez, M. J. y M. Souza y M., “Violencia sexual y adicciones: Aspectos psicodinámicos”, *Psiquiatría,* 2a. época, enero-abril, 18 (1): 17-24, 2002.
Mason, B. J., “Treatment of Alcohol-Dependent Outpatients with Acamprosate: A Clinical Review”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 62, supl. 20: 42-48, 2001.
Matadamas, Z. C. y J. J. M. Hernández, “La enseñanza de la clínica y la pedagogía artesanal”, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM,* marzo-abril, 50 (2): 86-89, 2007.
Matheson, C., J. Pitcairn, C. M. Bond, E. Van Teijlingen y M. Ryan, “General Practice Management of Illicit Drug Users in Scotland: A National Survey”, *Addiction,* enero, 98 (1): 119-126, 2003.
Mathew, R. J., W. H. Wilson, D. G. Blazer y L. K. George, “Psychiatric Disorders in Adult Children of Alcoholics: Data From the Epidemiologic Catchment Area Project”, *American Journal of Psychiatry,* 150 (5): 793-800, 1993.
Matijasevic, E., “Nuevas fronteras en toxicología”, en E. Matijasevic y G. Restrepo (comps.), *Séptimo curso anual de actualizaciones en medicina interna,* Bogotá, Acta Médica Colombiana: 288-301, 1994.
Matilla, G. V., “Therapy in the Pathology of Love”, *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina,* 106 (1): 101-111, 1989.
Matsuzaki, Y. L., “Decreased Taurine Concentration in Skeletal Muscles After Exercise for Various Durations”, *Medicine & Science in Sports & Exercise,* 34 (5): 793-797, 2002.
Maulen, B., “Sex Addiction Diagnosis. When Libido becomes a Burden. Interview by Dr. Beate Schumacher”, *MMW, Fortschritte der Medizin,* marzo, 23, 142 (12): 14, 2000.
Maxwell, L. B., M. F. Fleming, K. Johnson y K. L. Barry, “Tobacco, Alcohol, and Drug Use in a Primary Care Sample: 90-day Prevalence and Associated Factors”, *Journal of Addictive Diseases,* 17: 67-81, 1998.

Mayers, L. B., D. A. Judelson, B. W. Moriarty y K. W. Rundell, "Prevalence of Body Art (Body Piercing and Tattooing) in University Undergraduates and Incidence of Medical Complications", *Mayo Clinic Proceedings,* 77: 29-34, 2002.

Mayers, L. B., B. W. Moriarty, D. A. Judelson y K. W. Rundell, "Complications of Body Art", *Consultant,* 42 (14): 1744-1752, 2002.

Mayes, S. D., D. L. Crites y E. D. Bixler, "Methylphenidate and ADHA: Influence of Age, IQ and Neurodevelopmental Status", *Developmental Medicine & Child Neurology,* 36: 1099-1107, 1994.

Mayo Clinic, "Treatment of Epilepsy", Mayo Foundation for Medical Education and Research, http://www.mayoclinic.com/health/epilepsy/DS00342, s. f.

Mayo-Smith, M. F., "Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal: A Meta-Analysis and Evidence-Based Practice Guideline", American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal, *Journal of the American Medical Association,* 278: 144-151, 1997.

Mazza, D. y L. Dennerstein, "Psychotropic Drug Use by Women: Could Violence Account for the Gender Difference?", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,* 7 (4): 229-234, 1996.

Mazza, D., L. Dennerstein y V. Ryan, "Physical, Sexual and Emotional Violence Against Women: A General Practice-Based Prevalence Study", *Medical Journal of Australia,* enero, 1, 164 (1): 14-17, 1996.

McBride, R., J. Dundee, J. Moore *et al.,* "A Study of the Plasma Concentrations of Lorazepam in Mother and Neonate", *British Journal of Anaesthesia,* 51: 871-878, 1979.

McBride, W. J., A. D. Le y A. Noronha, "Central Nervous System Mechanisms in Alcohol Relapse", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 26: 280-286, 2002.

McCallum, D., "Historical and Cultural Dimensions of the Tattoo in Japan", en A. Rubin (comp.), *Marks of Civilization,* Los Ángeles, University of California at Los Angeles, pp. 109-135, 1988.

McCarthy, B. W. "Relapse Prevention Strategies and Techniques in Sex Therapy", *Journal of Sex & Marital Therapy,* verano, 19 (2): 142-146, 1993.

McLoud, A., B. Barnaby, N. Omu y C. Drummond, "About Relationship between Alcohol Use Disorders and Suicidality", *British Journal of Psychiatry,* 184: 439-445, 2004.

McCormick, L. H., "Depression in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Family Medicine,* 27: 176-179, 1995.

McDermott, S. P. y T. E. Wilens, "Cognitive Therapy for Adults with ADHD", en T. Brown, *Subtypes of Attention-Deficit Disorders in Children, Adolescents, and Adults,* Washington, D. C., American Psychiatric Press, pp. 569-606, 2000.

McDougle, C. J., W. K. Goodman, J. F. Leckman, L. C. Barr, G. R. Heninger y L. H. Price, "The Efficacy of Fluvoxamine in Obsessive Compulsive Disorder: Effects of Comorbid Chronic Tic Disorder", *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 13: 354-358, 1993.
McElhatton, P. R., "The Effects of Benzodiazepine Use During Pregnancy and Lactation", *Reproductive Toxicology,* 8: 461-475, 1994.
McElhatton, P. R., H. M. Garbis, E. Elefant, T. Vial, B. Bellemin y P. Mastroiacovo, "The Outcome of Pregnancy in 689 Women Exposed to Therapeutic Doses of Antidepressants: A Collaborative Study of the European Network of Teratology Information Services (ENTIS)", *Reproductive Toxicology,* 10: 285-294, 1996.
McElroy, E. M., "Sources of Distress Among Families of the Hospitalized Mentally Ill", *New Directions for Mental Health Services*, 34: 61-72, 1987.
McFarland, K., C. C. Lapish y P. W. Kalivas, "Prefrontal Glutamate Release Into the Core of the Nucleus Accumbens Mediates Cocaine-Induced Reinstatement of Drug-Seeking Behavior", *The Journal of Neuroscience,* 23: 3531-3537, 2003.
McGlashan, T. H., C. M. Grilo, A. E. Skodol *et al.,* "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II Diagnostic Cooccurrence", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 102: 256-264, 2000.
McGuire-Snieckus, R., R. McCabe, J. Catty, L. Hansson y S. Priebe, "A New Scale to Assess the Therapeutic Relationship in Community Mental Health Care: STAR Scale to Assess Relationships", *Psychological Medicine,* 37: 85-95, 2007.
McKay, J. R. *et al.,* "Treatment Goals, Continuity of Care, and Outcome in a Day Hospital Substance Abuse Rehabilitation Program", *American Journal of Psychiatry,* 151: 254-259, 2004.
McKechnie, F. B. y J. G. Converse, "Placental Transmission of Thiopental", *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* 70: 639, 1955.
McKinney, K. A., M. Severino, P. McFall, K. Burry y W. Thompson, "Treatment-Seeking Women at Menopause: A Comparison Between Two University Menopause Clinics", *Menopause,* otoño, 5 (3): 174-177, 1998.
McLellan, A. T., G. Grissom, A. I. Alterman, P. Brill y C. P. O'Brien, "Substance Abuse Treatment in the Private Setting: Are Some Programs More Effective than Others?", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 10, 243-254, 1993.
McLellan, A. T., H. Kushner, D. Metzger, R. Peters, I. Smith, G. Grissom, H. Pettinati y M. Argeriou, "The Fifth Edition of the Addiction Severity Index", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 9: 199-213, 1992.
McLellan, A. T., D. C. Lewis, C. P. O'Brien y H. D. Kleber, "Drug Dependence, A Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and

Outcomes Evaluation", *Journal of the American Medical Association,* 284: 1689-1695, 2000.
McLellan, A. T., J. R. Mckay, R. Forman, J. Cacciola y J. Kemp, "Reconsidering the Evaluation of Addiction Treatment: From Retrospective Follow-up to Concurrent Recovery Monitoring", *Addiction,* 100: 447-458, 2005.
McLellan, A. T. *et al.,* "An Improved Diagnostic Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index", *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 168 (1): 26-33, 1980.
McLellan, A. T. *et al.,* "Similarity of Outcome Predictors Across Opiate, Cocaine and Alcohol Treatments: Role of Treatment Services", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 62 (6): 1141-1158, 1994.
McRae, A. L. y K. T. Brady, "Some Pharmacologic Advances in the Pathophysiology and Treatment of Psychiatric Disorders: Implications for Internal Medicine", *Medical Clinics of North America,* mayo, 85 (3): 12-37, 2001.
Medical Professionalism Project, "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter", *Lancet,* 359: 520-522, 2002.
Medina-Mora, M. E., G. Borges, C. Lara y C. Benjet, "La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica", en *Manual de trastornos mentales,* México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., 2006.
Medina-Mora, M. E., G. Borges, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Fleiz, J. Villatoro, E. Rojas, J. Zambrano, L. Casanova y S. Aguilar-Gaxiola, "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica", *Salud Mental,* 26 (4): 1-16, 2003.
Medina-Mora, M. E. y E. Rojas Guiot, "Mujer, pobreza y adicciones", *Perinatología y Reproducción Humana,* octubre-diciembre, 17 (4): 230-244, 2003.
Medina-Mora, M. E., E. Rojas, F. Juárez y S. Berenzon, "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental,* septiembre, 16 (3): 2-8, 1993.
Medina-Mora, M. E., J. Villatoro, E. López, G. Berenzon, S. Carreño y G. Juárez, "Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos", *Gaceta Médica de México*, 131 (4): 383-393, 1995.
Meier, P. S., C. H. Barrowclough y M. C. Donmall, "The Role of Therapeutic Alliance in the Treatment of Substance Misuse: A Critical Review of the Literature", *Addiction,* 100 (3): 304-316, 2004.
Melchart, D. y K. Linde, "Immunomodulation with Echinacea — A Systematic Review of Controlled Clinical Trials", *Phytomedicine,* 1: 245-254, 1994.

Mele, A., R. Corona, M. E. Tosti *et al.,* "Beauty Treatments and Risk of Parenterally Transmitted Hepatitis: Results from the Hepatitis Surveillance System in Italy", *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 27: 441-444, 1995.

Mele, A., M. A. Stazi, O. N. Gill y P. Pasquini, "SEIEVA Collaborating Group. Prevention of Hepatitis B in Italy from Surveillance of Type Specific Acute Viral Hepatitis", *Epidemiology and Infection,* 104: 135-141, 1990.

Mendyk, S. L. y D. W. Fields, "Acute Psychotic Reactions: Consider 'Dip Dope' Intoxication", *Journal of Emergency Nursing,* octubre, 28 (5): 432-435, 2002.

Mental Health Law: Monitorul oficial al României, XIV, núm. 589, 8 de agosto, Summary-Guidance for the Management of Behavioral and Psychiatric Symptoms in Dementia and the Treatment of Psychosis in People with History of Stroke/TIA, www.rcpsych.ac.uk/college/faculty/oap/professional/guidance_summary.htm 2002.

Mercado, C. G., M. J. Martínez, A. J. Martínez y M. Souza y M., "La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto", ponencia presentada al X Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional, Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad, México, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino álvarez, 12 de mayo, 1999.

Mercado, C. G., P. N. Soto, C. Melgarejo, M. Souza y O. I. Tagle, "Automedicación en el embarazo", ponencia presentada al I Congreso Nacional Mujeres y Adicciones: Una Realidad Negada, México, 10-11 de noviembre, 2000.

Mercado, C. G., M. Souza, A. J. M. Martínez y M. J. Martínez, "La investigación y enseñanza en adicciones y la calidad de vida del paciente adicto", ponencia presentada al simposio Psicofarmacología, Psicotrópicos y Calidad de Vida, X Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica. Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Biológica y Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional Psicofarmacología, Calidad de Vida y Sociedad, México, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino álvarez, 11-13 de mayo, 1999.

Mercado, C. G., M. Souza, A. J. M. Martínez, M. J. Martínez, y O. I Tagle, "Asimetría maduracional cerebral y conducta: Un tema inconcluso en la psiconeuroclínica actual", *Psiquiatría,* 2a. época, mayo-agosto, 6 (2):57-62, 2000.

Mercado, C. V. R. del, *Requisitos para los planes de estudios de licenciaturas, maestrías y doctorados,* México, Dirección de Desarrollo Universitario, Dirección General de Educación Superior, SEP, 1997.

Meredith, T. J., D. Jacobsen, J. A. Haines y J. C. Berger, IPS/CEC, *Evaluation of Antidotes Series. Naloxone, Flumazenil and Dantrolene as Antidotes,* vol. 1, Londres, World Health Organization/Commission of the European Communities/ Cambridge University Press, 1993.

Meredith, T. J., D. Jacobsen, J. A. Haines y J. C. Berger (comps.), *Naloxone, Flumazenil and Dantrolene as Antidotes,* Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

Merikangas, K., M. Stolar, D. Stevens, J. Goulet, M. Preisig y B. Fenton, "Familial Transmission of Substance Use Disorders", *Archives of General Psychiatry,* 55 (11): 973-979, 1998.

Merikangas, K. R., R. L. Mehta, B. E. Molnar, E. E. Walters, J. D. Swendsen, S. Aguilar-Gaxiola *et al.,* "Comorbidity of Substance Use Disorders with Mood and Anxiety Disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology", *Addictive Behaviors,* 23: 893-907, 1998.

Merrill, J. C. y G. A. Marlatt, "Health Care Workers and Addiction", *New England Journal of Medicine,* septiembre, 26, 347 (13): 1044-1045, 2002.

Merrill, J. C. y M. Menza, "Treatment of Drug Dependence in the Context of Traditional Disease Treatment Models", *Psychiatric Services,* diciembre, 53 (12): 1632-1633, 2002.

Messer, K., K. A. Clark y S. L. Martin, "Characteristics Associated with Pregnant Women's Utilization of Substance Abuse Treatment Services", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* agosto, 22 (3): 403-422, 1996.

Meszaros, K., E. Lenzinger, K. Hornik, T. Fureder y U. Willinger, "The Tridimensional Personality Questionnaire as a Predictor of Relapse in Detoxified Alcohol Dependents. The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 23: 483-486, 1999.

Meyers, C. A., S. A. Berman, R. S. Scheibel y A. Hayman, "Case Report: Acquired Antisocial Personality Disorder Associatted with Unilateral Left Orbital Frontal Lobe Damage", *Journal of Psychiatry & Neuroscience,* 17: 121-125, 1992.

Mezey, G. C., "Rape, Victimology and Psychiatric Aspects", *British Journal of Hospital Medicine,* 28: 52-158, 1985.

Mick, E., J. Biederman, S. V. Faraone, J. Sayer y S. Kleinman, "Case-Control Study of ADHD and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 41 (4): 17-34, 2002.

Mikulincer, M. y V. Florian, "The Relationship between Adult Attachment Styles and Emotional and Cognitive Reactions to Stressful Events", en. J. Simpson y S. Rholes (comps.), *Attachment Theory and Close Relationships,* Nueva York, Guilford, pp. 143-165, 1998.

Milberger, S., J. Biederman, S. Faraone, L. Chen y J. Jones, "ADHD is Associated with Early Initiation of Cigarette Smoking in Children and Adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 36: 37-43, 1997.

Milberger, S., J. Biederman, S. Faraone, T. Wilens y M. Chu, "Associations between ADHD and Psychoactive Substance Use Disorders: Findings from a Longitudinal Study of High-Risk Siblings of ADHD Children", *American Journal on Addictions,* 6: 318-329, 1997.

Milberger, S., S. Faraone, J. Biederman, M. Chu y T. Wilens, "Familial Risk Analysis of the Association Between ADHD and Psychoactive Substance Use Disorders", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 152: 945-951, 1998.

Milin, R., J. A. Halikas, J. E. Meller y C. Morse, "Psychopathology Among Substance Abusing Juvenile Offenders", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 30 (4): 569-574, 1991.

Milkman, H. B. y S. G. Sunderwirth, *Craving for Ecstasy: The Consciousness and Chemistry of Escape,* Lexington, Lexington Books, 1987.

Millán, S., "El psicoanálisis contemporáneo", ponencia presentada al Simposio de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas IFPS e Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, Cancún, 16-20 de noviembre, 2001.

Miller, B. A., E. Magin y W. R. Downs, "Alcohol, Drugs, and Violence in Children's Lives", *Recent Developments in Alcoholism,* 13: 357-385, 1997.

Miller, E. K. y J. D. Cohen, "An Integrative Theory of Prefrontal Cortex Function", *Annual Review of Neuroscience*, 24: 167-202, 2001.

Miller, I. W. y G. I. Keitner, "Combined Medication and Psychotherapy in the Treatment of Chronic Mood Disorders", *Psychiatric Clinics of North America,* 19: 151-171, 1996.

Miller, N. S., "Drug Addiction as a Disease", en N. S. Miller (comp.), *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction,* Nueva York, Dekker, pp. 295-315, 1991.

_____, "Comorbidity of Psychiatric and Alcohol/Drug Disorder: Interactions and Dependent Status", *Journal of Addictive Diseases,* 12 (3): 5-16, 1993.

Miller, N. S. y M. S. Gold, "Criminal Activity and Crack Addiction", *International Journal of the Addictions,* junio, 29 (8): 1069-1078, 1994.

_____, "A Hypothesis for a Common Neurochemical Basis for Alcohol and Drug Disorders", *Psychiatric Clinics of North America,* marzo, 16 (1): 105-117, 1998a.

_____, "Management of Withdrawal Syndromes and Relapse Prevention in Drug and Alcohol Dependence", *American Academy of Family Physicians,* 1998.

Miller, N. S., J. C. Guttman y S. Charla, "Integration of Generalized Vulnerability to Drug and Alcohol Addiction", *Journal of Addictive Diseases,* 16 (4): 7-22,

1997.
Miller, N. S., F. G. Ninonuevo, D. L. Klamen, N. G. Hoffmann y D. E. Smith, "Integration of Treatment and Posttreatment Variables in Predicting Results of Abstinence-Based Outpatient Treatment after One Year", *Journal of Psychoactive Drugs,* julio-septiembre, 29 (3): 239-248, 1997.
Miller, W. R., "Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism", *Psychology Bulletin,* 98: 84-107, 1985.
____, "A Collaborative Approach to Working With Families", *Addiction,* enero, 98 (1): 5-6, 2003.
Miller, W. R., R. G. Benefield y J. S. Tonigan, "Enhancing Motivation for Change in Problem Drinking: A Controlled Comparison of Two Therapist Styles", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61: 455-461, 1993.
Miller, W. R. y N. L. Cooney, "Designing Studies to Investigate Client-Treatment Matching", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, supl. 12: 38-45, 1994.
Miller, W. R. y S. Rollnick, "Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior", Nueva York, Guilford Press, 1991.
Miller, W. R., V. S. Westerberg, R. J. Harris y J. S. Tosigan, "What Predicts Relapse? Prospective Testing of Antecedent Models", *Addiction,* 91: 155-172, 1996.
Millstein, R. B., T. E. Wilens, J. Biederman y T. J. Spencer, "Presenting ADHD Symptoms and Subtypes in Clinically Referred Adults with ADHD", *Journal of Attention Disorders,* 2 (3): 159-166, 1997.
Ministerio de Salud Pública de Cuba, *Plantas medicinales. Fitomed I,* La Habana, Ciencias Médicas, 1991.
Miotto, P., M. de Coppi, M. Frezza y A. Preti, "Eating Disorders and Suicide Risk Factors in Adolescents. An Italian Community-Based Study", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 191: 437-443, 2003.
Miranda, J., "Somatization, Psychiatric Disorder and Stress in Utilization of Ambulatory Medical Services", *Journal of Health Psychology,* 10: 46-51, 1991.
MMWR, *Public Health Service Statement on Management of Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus, Including Considerations Regarding Zidovudine Postexposure Use,* MMWR Recommendations and Reports, 1990.
____, *Definición operacional de caso de sida,* MMWR Recommendations and Reports, 1992.
____, *Report of the NIH Panel to Define Principles of Therapy of HIV Infection and Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-infected Adults and Adolescents,* MMWR Recommendations and Reports, 1998.
Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, *Diario Oficial de la Federación,* 16 de marzo, 2000.

Moehrle, M., H. J. Blaheta y P. Ruck, “Tattoo Pigment Mimics Positive Sentinel Lymph Node in Melanoma”, *Dermatology* 203: 342-344, 2001.
Mogenson, G. J., S. M. Brudzynski, M. Wu, C. R. Yang y C. C. Y. Yim, “From Motivation to Action: A Review of Dopaminergic Regulation of Limbic-Nucleus Accumbens-Pedunculopontine Nucleus Circuitries Involved in Limbic-Motor Integration, in Limbic Motor Circuits and Neuropsychiatry”, en P. W. Kalivas y C. D. Barnes (comps.), *Limbic Motor Circuits and Neuropsychiatry,* Boca Raton, CRC Press, pp. 193-236, 1993.
Mohlman, J., E. E. Gorenstein, M. Kleber, M. de Jesús, J. M. German y L. Papp, “Standard and Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Late-life Generalized Anxiety Disorder: Two Pilot Investigations”, *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 11: 24-32, 2003.
Mojtabai, R. y J. G. Zivin, “Effectiveness and Cost-Effectiveness of Four Treatment Modalities for Substance Disorders: A Propensity Score Analysis”, *Health Services Research,* febrero, 38, parte 1: 233-259, 2003.
Moncrieff, J., “Association Between Sexual and Substance Abuse”, *The British Journal of Psychiatry,* junio, 164 (6): 847, 1994.
Montague, P. R. y G. S. Berns, “Neural Economics and the Biological Substrates of Valuation”, *Neuron*, 36: 265-284, 2002.
Montague, P. R., P. Dayan y T. J. Sejnowski, “A Framework for Mesencephalic Dopamine Systems Based on Predictive Hebbian Learning”, *The Journal of Neuroscience,* 16: 1936-1947, 1996.
Montague, P. R., S. E. Hyman y J. D. Cohen, “Computational Roles for Dopamine in Behavioural Control”, *Nature*, 431: 760-767, 2004.
Montejo, A. L., G. Llorca, J. A. Izquierdo y F. Rico-Villademoros, “Incidence of Sexual Dysfunction Associated with Antidepressant Agents: A Prospective Multicenter Study of 1 022 Outpatients”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 62: supl. 3: 10-21, 2001.
Monterosso, J. R., B. A. Flannery, H. M Pettinati, D. W. Oslin, M. Rukstalis y C. P. O’Brien, “Predicting Treatment Response in Naltrexone: The Influence of Craving and Family History”, *American Journal on Addictions,* 10: 258-268, 2001.
Monti, P. M., S. M. Colby, N. P. Barnet, A. Spirito *et al.,* “Brief Intervention for Harm Reduction with Alcohol and Older Adolescents in a Hospital Emergency Department”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 67: 989-994, 1999.
Moran, J. y H. Pasantes-Morales, “Effect of Tocopherol and Taurine on Membrane Fluidity in Retinal Rod Outer Segments”, *Experimental Eye Research*, 45: 769-776, 1987.
More, D. R., J. S. Seidel y P. A. Bryan, “Ear-Piercing Techniques as a Cause of Auricular Chondritis”, *Pediatric Emergency Care,* 15: 189-192, 1999.

Morgenstern, J., C. H. J. Neighbors, A. Kuerbis, A. Riordan, K. A. Blanchard, K. H. McVeigh, T. J. Morgan y B. McCrady, “Improving 24-Month Abstinence and Employment Outcomes for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families With Intensive Case Management”, *American Journal of Public Health,* febrero, 99 (2): 328-333, 2009.

Morgenstern, J., D. Bux, E. Labouvie, K. A. Blanchard y T. I. Morgan, “Examining Mechanisms of Action in 12-Step Treatment: The Role of 12-Step Cognitions”, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* noviembre, 63 (6): 665-672, 2002.

Morrell, M. J., “Sexuality in Epilepsy”, en J. Engel y T. A. Pedley (comps.), *Epilepsy*, Filadelfia, Lippincott-Raven, pp. 2021-2026, 1997.

____, “Issues for Women with Epilepsy”, *Western Journal of Medicine,* 168 (4): 266-267, 1998.

Morrell, M. J. y G. T. Guldner, “Self-reported Sexual Function and Sexual Arousability in Women with Epilepsy”, *Epilepsia,* 37 (12): 1204-1210, 1996.

Morris, J. S. y R. J. Dolan, “Involvement of Human Amygdala and Orbitofrontal Cortex in Hunger-Enhanced Memory for Food Stimuli”, *The Journal of Neuroscience,* 21: 5304-5310, 2001.

Moscovitz, H., D. Brookoff y L. Nelson, “A Randomized Trial of Bromocriptine for Cocaine Users Presenting to the Emergency Department”, *Journal of General Internal Medicine*, 8: 1-4, 1993.

Moshoulduder, A. D. y M. Willy, “Antidepressants and Suicide”, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology,* 16 (5): 518-520, 2006.

Moss, H., M. Vanyukov, P. Majumder, L. Kirisci y R. Tarter, “Prepubertal Sons of Substance Abusers: Influences of Parental and Familial Substance Abuse on Behavioral Disposition, IQ, and School Achievement”, *Addictive Behaviors,* 20 (3): 345-358, 1995.

Moss, M. C., A. B. Scholey y K. A. Wesnes, “Oxygen Administration Selectively Enhances Cognitive Performance in Healthy Young Adults: A Placebo-Controlled Double-Blind Crossover Study”, *Psychopharmacology,* 138: 27-33, 1998.

Mrsny, R. y S. Meizel, “Inhibition of Hamster Sperm Na-K+ ATPase Activity by Taurine and Hypotaurine”, *Life Sciences*, 36: 272-276, 1984.

Muehl, S., J. R. Knott y A. L. Benton, “EEG Abnormality and Psychological Test Performance in Reading Disability”, *Cortex,* 1: 434-439, 1965.

Muehlenkamp, J. J. y P. M. Gutiérrez, “An Investigation of Differences Between Self-injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34: 12-24, 2004.

Mueser, K. T., G. R. Bond y R. E. Drake, “Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management”, *Schizophrenia Bulletin,* 24: 37-74, 1998.

Mueser, K. T., P. Corrigan y D. Hilton, "Illness Management and Recovery: A Review of the Research", *Psychiatric Services,* 53: 1272-1284, 2002.
Mullen, P. E., J. L. Martin, J. C. Anderson, S. E. Romans y G. P. Herbison, "The Effect of Child Sexual Abuse on Social, Interpersonal and Sexual Function in Adult Life", *British Journal of Psychiatry,* julio, 165: 35-47, 1994.
Muller, A. A., "GHB Poisoning: Three Recent Cases Reflect the Continuing Danger", *Journal of Emergency Nursing,* febrero, 29 (1): 72-74, 2003.
Muntaner, C., K. Kumor, C. Nagoshi y J. Jaffe, "Effects of Nifedipine (a Ca++ Modulator) Pre-Treatment on Cardiovascular and Subjective Responses to Intravenous Cocaine Administration in Humans", en L. S. Harris (comp.), *Problems of Drug Dependence. Proceeding of the 50th Annual Scientific Meeting,* Washington, D. C., NIDA Research Monograph 90, 388, 1988.
Muran, J. C., *Self-Relations in the Psychotherapy Process,* Washington, D. C., APA, 2001.
Murialdo, G., C. A. Galimberti, S. Fonzi, R. Manni, P. Costelli, C. Parodi, G. P. Solinas, G. Amoretti y A. Tartara, "Sex Hormones and Pituitary Function in Male Epileptic Patients with Altered or Normal Sexuality", *Epilepsia,* 36 (4): 360-365, 1995.
Murphy, K. y R. A. Barkley, "Prevalence of DSM-IV Symptoms of ADHD in Adult Licensed Drivers: Implications for Clinical Diagnosis", *Journal of Attention Disorders,* 1 (3): 147-161, 1996.
Murphy, S. A.,"Optimal Dynamic Treatment Regimes", *Journal of the Royal Statistical Society*, serie B, 65: 331-366, 2003.
Murray, R., "Energy Drinks: Risk Versus Benefits", www.gsssiweb.com, 2006.
Musacchio, A., "Dependencia y objeto totalitario. Factores psicológicos tempranos en la estructura de la personalidad adicta", en *Drogadicción,* México, Paidós, 1996.
Musshoffa, F. y T. H. Daldrup, "Determination of Biological Markers for Alcohol Abuse", *Journal of Chromatography*, B, 713: 245-264, 1998.
Myers, E. D., "Predicting Repetition of Deliberate Self-Harm: A Review of the Literature in the Light of a Current Study", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 77: 314-319, 1988.
Myrick, H. y R. Anton, "Treatment of Alcohol Withdrawal", *Alcohol Health & Research World,* 22, 1: 38-43, 1998.
Naciones Unidas, *El VIH/sida y los derechos humanos. Directrices Internacionales. Segunda Consulta Internacional sobre VIH/sida y los Derechos Humanos,* Nueva York y Ginebra, 1998.
Nadelson, C., "Crisis Intervention for Rape Victims", en R. Shader (comp.), *Manual of Psychiatric Therapeutics,* Filadelfia, Lippincott Williams & Wilkins, 1994.
Nagy M. y H. Krystal, "Anxiety Disorders", en A. Stoudemire (comp.), *Clinical Psychiatry for Medical Students,* Filadelfia, J. B. Lippincott, 2a. ed., pp. 233-

273, 1994.
Naranjo, A., "La ética médica en la intermediación de la salud", *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 4: 12-13, 1991.
Naranjo, C. A. y D. M. Knoke, "The Role of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Reducing Alcohol Consumption", *Journal of Clinical Psychiatry,* 62, supl. 20: 18-25, 2001.
Narro Robles, J. y J. H. Gutiérrez ávila, "Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México", *Salud Pública de México*, vol. 39 (3): 217-220, 1997.
National Advisory Mental Health Council, "Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses. Report of The National Advisory Mental Health Council", *American Journal of Psychiatry,* 10: 57-64, 1993.
NCA, National Commission on AIDS, *Preventing HIV Transmission in Health Care Settings,* Washington, D. C., NCA, 1992.
NCSAC, The National Council on Sexual Addiction and Compulsivity, *Sexual Addiction,* ncsac@mindspring.com, 2000.
Negase, S., K. Takemura y A. Ueda, "A Novel Nonenzymatic Pathway for the Generation of Nitric Oxide by the Reaction of Hydrogen Peroxide and D or L-arginine", *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 233: 150-153, 1997.
Negrete, M., "Distribución geográfica de la población mayor", *DEMOS,* 14: 18-20, 2001.
Nehlig, A. y S. Boyett, "Dose-Response Study of Caffeine Effects on Cerebral Functional Activity with a Specific Focus on Dependence", *Brain Research,* 858: 71-77, 2000.
Nehlig, A., J. Daval y G. Debry, "Caffeine and the Central Nervous System: Mechanisms of Action, Biochemical, Metabolic and Psychostimulant Effects", *Brain Research Reviews,* 17: 139-170, 1992.
Neri, I., E. Guareschi, F. Savoia y A. Patrizi, "Childhood Allergic Contact Dermatitis from Henna Tattoo", *Pediatric Dermatology,* 19: 503-505, 2002.
Nesse, M. y A. Zamorski, "Anxiety Disorders in Primary Care", en J. Knesper, B. Riba y L. Schwenk (comps.), *Primary Care Psychiatry,* Filadelfia, W. B. Saunders, pp. 182-184, 1997.
Nestler, E. J., "Common Molecular and Cellular Substrates of Addiction and Memory", *Neurobiology of Learning and Memory,* 78: 637-647, 2002.
Nesvold, H., "When a Clinician Becomes a Medical Examiner", *Tidssker Nor Laegeforen,* abril, 30, 114 (11): 1309-1313, 1994.
Newlin, D. B., "A Behavior-Genetic Approach to Multiple Chemical Sensitivity", *Environmental Health Perspectives,* marzo, 1105, supl. 2: 205-208, 1997.
Nezu, A., "Problem Solving and Behavior Therapy Revisited", *Behaviour Research and Therapy*, 35: 1-33, 2004.

Ng, C. H., "The Stigma of Mental Illness in Asian Cultures", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 31: 382-390, 1996.

NIDA, National Institute on Drug Abuse, *Inhalant Abuse,* cápsulas, 1-3, 1996.

____, *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment,* Research Monograph 165, Maryland, U. S. Department of Health and Human Services, 1997.

____, "Cocaine Activates Different Brain Regions for Rush vs Craving", Washington, D. C., NIDA Notes, publicación núm. 99-33478, 1999.

____, *Information for Researchers and Health Professionals,* Washington, D. C., U. S. Department of Health and Human Services, 11 de abril de 2003.

NIDA, National Institutes of Health y U. S. Department of Health and Human Services, *Therapy Manuals for Drug Addiction. A Cognitive-Behavioral Approach,* Treating Cocaine Addiction Monograph Series, núm. 8: 15-24, 1998.

____, *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones,* Washington, D. C., NIDA, 1 de julio, 2001.

____, *Understanding Drug Abuse and Addiction: What Science Says,* Washington, D. C., U. S. Department of Health and Human Services, 4 de octubre, 2002.

____, *Comorbid Drug Abuse and Mental Illness,* information@nida.nih.gov, junio, 2007.

Niedermeyer, E., "Historical Aspects", en E. Niedermeyer, D. A. Lopes y F. Da Silva, *Electroencephalography, Basic Principles. Clinical Application and Related Fields,* Baltimore, Williams & Wilkins, 3a. ed., pp. 1-14, 1993.

NIH, National Institutes of Health, "Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en la investigación", publicación núm. 01-4180 (S), 8 de febrero de 2005.

NIMH, National Institute of Mental Health, *Mental Disorders in America*, www.nimh. nih.gov/publicat/numbers/cfm, s. f. [Consulta en línea el 25 de junio de 2003.]

Nirenberg, O. y N. Perrone, "Notas para el trabajo en redes en el área de salud", *Boletín de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina* (OFEDO-UDUAL), 1991-2003.

Nishioka, S., T. Gyorkos y J. D. McLean, "Tattoos and Transfusion-Transmitted Disease Risk: Implications for the Screening of Blood Donors in Brazil", *Brazilian Journal of Infectious Diseases,* 6: 172-180, 2002.

Nishioka, S. A. y T. W. Gyorkos, "Tattoos as Risk Factors for Transfusion-Transmitted Diseases", *International Journal of Infectious Diseases,* 5: 27-34, 2001.

Nizzoli, U. y V. Foschini, "ERIT-Italia, the Italian Federation for Professionals Working in the Field of Drug Abuse", *Addiction,* noviembre, 97 (11): 1365-

1367, 2002.
Nock, M. K., T. E. Joiner, K. H. Gordon, E. Loyd-Richardson y M. Prinstein, "Nonsuicidal Self-Injury Among Adolescents: Diagnostic Correlates and Relation to Suicide Attempts", *Psychiatry Research,* 144: 65-72, 2006.
Nogue Xarau, I., "Intoxicación por benzodiacepinas, antidepresivos, fenotiazinas y barbitúricos", *Medicina Integral,* 20: 495-500, 1992.
Nolen-Hoeksema, S. y J. Girgus, "The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence", *Psychological Bulletin,* 115: 424-443, 1994.
Nolla, S. J. y T. A. Roca, "Motivo de ingreso y aspectos clínicos de la intoxicación aguda grave", *Medicina Intensiva,* 12: 525-532, 1988.
Nordlie, E., T. Vøyviky y O. G. Aasland, "Treatment Offered to Drug Addicts", *Tidsskr Nor Laegeforen,* octubre, 20, 122 (25): 2455-2457, 2002.
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de noviembre, 1995.
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de agosto de 2000.
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, *Diario Oficial de la Federación*, 1993.
Norma Técnica Número 52 para la Elaboración, Integración y Uso del Expediente Clínico, *Diario Oficial de la Federación*, 20 de agosto de 1986.
Norma Técnica 144 para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos, *Diario Oficial de la Federación*, 6 de julio, 1987.
Norma Técnica 196 para la Prestación de Servicios de Atención Médica-Psiquiátrica en Hospitales Generales y de Especialidad, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de agosto de 1987.
Norquist, G. S. y D. A. Regier, "The Epidemiology of Psychiatric Disorders and the De Facto Mental Health Care System", *Annual Review of Medicine,* 47: 473-479, 1996.
Nower, L., J. L. Derevensky y R. Gupta, "The Relationship of Impulsivity, Sensation Keeping, Coping, and Substance Use in Youth Gamblers", *Psychology of Addictive Behaviors,* 18 (1): 49-55, 2004.
Nunes, E. V., M. M. Weissman, R. B. Goldstein, G. McAvay, A. M. Seracini y H. Verdeli, "Psychopathology in Children of Parents with Opiate Dependence and/or Major Depression", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 37 (11): 1142-1151, 1998.
Nutt, D., "Alcohol and the Brain: Pharmacological Insights for Psychiatrists", *The British Journal of Psychiatry,* 175: 114-119, 1999.
Nutt, D. J., "Death and Dependence: Current Controversies over the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors", *Journal of Psychopharmacology,* junio, 18

(2): 285-287, 2004.
O'Brien, C., "Drug Addiction and Drug Abuse", en J. Hardman, L. Limbird y A. G. Gilman (comps.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics,* Nueva York, McGraw-Hill, pp. 621-642, 2001.
____, "Evidence-based Treatments of Addiction", *Philosophical Transactions of the Royal Society, Biological Sciences,* octubre, 363 (1507): 3277-3286, 2008.
O'Brien, J., D. Ames, L. Gustafson, M. Folstein y E. Chiu (comps.), *Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia,* Londres, Dunitz, 2a. ed., 2004.
O'Brien, C. P. y E. L. Gardner, "Critical Assessment of How to Study Addiction and its Treatment: Human and Non-Human Animal Models", *Pharmacology & Therapeutics*, 108: 18-58, 2005.
O'Connor, P. G., M. E. Waugh, K. M. Carroll, B. J. Rounsaville, I. A. Diagkogiannis y R. S. Schottenfeld, "Primary Care-Based Ambulatory Opioid Detoxification: The Results of a Clinical Trial", *Journal of General Internal Medicine,* 10: 255.
O'Connor, P. G. y D. A. Fiellin, "Pharmacologic Treatment of Heroin-Dependent Patients", *Annals of Internal Medicine*, 133: 40-54, 2000.
O'Connor, P. G. y R. S. Schottenfeld, "Patients with Alcohol Problems", *New England Journal of Medicine,* 338: 592-602, 1998.
____, "Treating Opioid Dependence — New Data and New Opportunities", *New England Journal of Medicine,* 343: 1332-1334, 2000.
O'Farrell, T. J. y W. Fals-Stewart, "Behavioral Couples and Family Therapy for Substance Abusers", *Current Psychiatry Reports,* octubre, 4 (5): 371-376, 2002.
O'Hare, T. y T. V. Tran, "Predicting Problem Drinking in College Students: Gender Differences and the CAGE Questionnaire", *Addictive Behaviors,* 124: 13-21, 1997.
O'Malley, C. D., N. Smith, R. Braun y D. R. Prevots, "Tetanus Associated with Body Piercing", *Clinical Infectious Diseases,* 27: 1343–1344, 1998.
Ocampo, M. J., "Bioética y ética médica: Un análisis indispensable", *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM,* enero-febrero, 50 (1): 21-24, 2007.
Oehrberg, S., P. E. Christiansen, K. Behnke, A. L. Borup, B. Severin, J. Soegaard *et al.,* "Paroxetine in the Treatment of Panic Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study", *The British Journal of Psychiatry,* 167: 374-379, 1995.
Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, "Estrategia Nacional para el Control de Drogas", informe anual, 2001.
Olivares, H. M., O. I. Tagle, C. G. Mercado y M. Souza y M., "Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto", *Psiquiatría,* 19 (1): 28-38, 2003.
Oliveira, A. J., J. C. Da Costa, I. N. Hilario, O. E. Anselmi y A. Palmini, "Localization of the Epileptogenic Zone by Ictal and Interictal SPECT with 99m

Tc-Ethyl Cysteinate Dimmer in Patients with Medically Refractory Epilepsy", *Epilepsia,* 40 (6): 693-702, 1999.
OMS, Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio", *Cuadernos de Salud Pública,* núm. 35, WHO, Ginebra, 1969.
OMS, Organización Mundial de la Salud, "Evaluation of Dependence Liability and Dependence Potential of Drugs", *Technical Report Series,* núm. 77, Report of a WHO Scientific Group, 1975.
____, *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento,* Madrid, Editorial Forma, 1993.
____, "Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo", en *Décima revisión internacional de la clasificación de enfermedades,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993.
____, *Invertir en salud mental,* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.
____, *Directrices para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996.
____, *La rehabilitación psicosocial. Una declaración de consenso,* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996.
Onken, S. J., J. M., Dumont y P. L. Ridgway, "Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators", www.rfmh.org/csipmh/projects/rc10.shtm, s. f.
ONU, Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la población mundial 1998,* Nueva York, 1998.
____, *Tendencias mundiales de las drogas ilícitas 2003,* Publicación de la Oficina contra la Droga y el Delito (ONUDD), Nueva York, 2003.
____, *Informe anual sobre las drogas,* Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, vol. 1., Viena, 2005.
ONUDD, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, *Abuso de drogas: Tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación,* Viena, Organización de las Naciones Unidas, 2003a.
____, *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas,* Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2003b.
____, *Reporte mundial 2004,* Ginebra, Organización de las Naciones Unidas, 2004.
ONUDD, *Informe anual 2005,* Viena, Organización de las Naciones Unidas, 13 de marzo, 2006.
____, *World Drug Report, 2007,* Ginebra, Organización de las Naciones Unidas, 2007.
ONUFRIEV, M. V., A. Akimov, N. A. Lazareva y N. V. Guliaeva, "The Binding of [3H]Aldosterone by Brain Corticosteroid Receptors in Rats with Different

Individual-Typological Behavioral Characteristics”, *Izvestiia Akademii nauk. Seriia biologicheskaia,* (3): 344-350, 1996.
ONUSIDA, *Asesoramiento y VIH/sida, Actualización técnica,* Ginebra, Organización de las Naciones Unidas, 1997a.
_____, *Educación sobre el sida en la escuela. Actualización técnica,* Ginebra, Organización de las Naciones Unidas, 1997b.
_____, *El sida y las relaciones sexuales entre varones. Actualización técnica,* Ginebra, Organización de las Naciones Unidas, 1997c.
_____, *Métodos para las pruebas del VIH. Actualización técnica,* Ginebra, Organización de las Naciones Unidas, 1997d.
OPS, Organización Panamericana de la Salud, *Sida, perfil de una epidemia,* publicación científica núm. 514, Washington D. C., OPS, 1989.
_____, “Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH”, Washington, D. C., OPS, 1994.
_____, “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud”, décima revisión (CIE-10), Washington, D. C., 1995.
_____, “Envejecimiento: ¿Qué nos depara el futuro?”, comunicado de prensa, Organización Panamericana de la Salud, enero, vol. 01, 2002.
Oquendo, M. A., K. M. Malone, S. P. Ellis, H. A. Sackeim y J. J. Mann, “Inadequacy of Antidepressant Treatment for Patients with Major Depression who are at Risk for Suicidal Behavior”, *The American Journal of Psychiatry,* 156: 190-194, 1999.
Oquendo, M. A., C. Waternaux, B. Brodsky, B. Parsons, G. L. Haas, K. M. Malone y J. J. Mann, “Suicidal Behavior in Bipolar Mood Disorder: Clinical Characteristics of Attempters and Nonattempters”, *Journal of Affective Disorders,* 59: 107-117, 2000.
Orjales, V. A., *Déficit de atención con hiperactividad,* Madrid, editorial CEPE, 1998.
Orleans, C. T., L. K. George y J. L. Houpt, “How Primary Care Physicians Treat Psychiatric Disorders: A National Survey of Family Practitioners”, *The American Journal of Psychiatry,* 142: 52-57, 1985.
Orlinsky, D. E., M. H. Ronnestad y U. Willutski, “Fifty Years of Psychotherapy Process — Outcome Research: Continuity and Change”, en M. J. Lambert (comp.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change,* Nueva York, John Wiley & Sons, 5a. ed., 2004.
Ornduff, S. R., R. N. Freedenfeld, R. M. Kelsey y J. W. Critelli, “Object Relations of Sexually Abused Female Subjects: A TAT Analysis”, *Journal of Personality Assessment*, octubre, 63 (2): 223-238, 1994.
Osborn, E., C. Grey y M. Reznikoff, “Psychosocial Adjustment, Modality Choice, and Outcome in Naltrexone versus Methadone Treatment”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 12 (4): 383-388, 1986.

Osváth, P., V. Vörös y S. Fekete, "Life Events and Psychopathology in a Group of Suicide Attempters", *Psychopathology,* enero-febrero, 37 (1): 36-40, 2004.
Otto, M. W., K. S. Tuby, R. A. Gould, R. Y. S. McLean y M. H. Pollack, "An Effect Size-Analysis of the Relative Efficacy and Tolerability of Serotonin Selective Reuptake Inhibitors for Panic Disorder", *The American Journal of Psychiatry,* 158: 1989-1992, 2001.
Oviedo, G. M. T., *Prioridades y avances de la investigación en materia de adicciones,* México, Subdirección de Coordinación Sectorial, Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA, 1995.
Padgett, K. y L. Struening, "Victimization and Traumatic Injuries Among the Homeless: Associations with Alcohol, Drug, and Mental Problems", *American Journal of Orthopsychiatry,* octubre, 62 (4): 525-534, 1992.
Pae, C. U. y A. A. Patkar, "Paroxetine: Current Status in Psychiatry", *Expert Review of Neurotherapeutics,* febrero, 7 (2): 102-120, 2007.
Page, S., "Effects of the Mental Illness Label in 1993: Acceptance and Rejection in the Community", *Journal of Health & Social Policy,* 7: 61-68, 1995.
Palestine, M. L. y E. Alatorre, "Control of Acute Alcoholic Withdrawal Symptoms: A Comparative Study of Haloperidol and Chlordiazepoxide", *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 20: 289-299, 1976.
Palmini, A., M. C. Sam y G. D. Cascino, "MRI in the Evaluation of Epilepsy Surgery", en E. Wyllie (comp.), *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice,* Baltimore, Williams and Wilkins, pp. 1006-1016, 1997.
Pardo, J. V., P. J. Pardo y M. E. Rechle, "Neural Correlates of Cell Induced Disforia", *American Journal of Psychiatry,* 150: 713-719, 1993.
Paris, J., "Anxious Traits, Anxious Attachment, and Anxious-Cluster Personality Disorders", *Harvard Review of Psychiatry,* 6: 142-148, 1998.
Parker, K. y S. V. Parikh, "Applying Prochaska's Model of Change to Needs Assessment, Programme Planning and Outcome Measurement", *Journal of Evaluation in Clinical Practice,* noviembre, 7 (4): 365-371, 2001.
Parlavecchio, L. y T. Gattoni, "Antisocial Personality Disturbance and Sex Offense. Psychodynamic, Clinical and Psychiatric-Forensic Considerations in a Clinical Case", *Minerva and Psychiatric History,* 34 (4): 259-270, 1993.
Parry, B. L., "Reproductive Factors Affecting the Course of Affective Illness in Women", *Psychiatric Clinics of North America,* 12: 207-220, 1989.
Parsian, A. y C. R. Cloninger, "Serotonergic Pathway Genes and Subtypes of Alcoholism: Association Studies", *Psychiatric Genetics*, 11: 89-94, 2001.
Parsons, M. W. y P. E. Gold, "Glucose Enhancement of Memory in Elderly Humans: An Inverted-U Dose Response Curve", *Neurobiology of Aging,* 13: 401-404, 1992.
Passmore, A. P., G. B. Kondowe y G. D. Johnston, "Renal and Cardiovascular Effects of Caffeine: A Dose Response Study", *Clinical Science*, 72: 749-756, 2004.

Pearce, J., K. Hawton y F. Blake, “Psychological and Sexual Symptoms Associated with the Menopause and the Effects of Hormone Replacement Therapy”, *The British Journal of Psychiatry,* agosto, 167 (2): 163-173, 1995.
Pearce, M. J. y K. Hawton, “Psychological and Sexual Aspects of the Menopause and HRT”, *Baillière’s Clinical Obstetrics and Gynaecology,* septiembre, 10 (3): 385-399, 1996.
Pearlstein, T. B., “Hormones and Depression: What are the Facts About Premenstrual Syndrome, Menopause, and Hormone Replacement Therapy?”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* agosto, 173 (2): 646-653, 1995.
Pearlstein, T. B., E. Frank y T. A. Rivera, “Prevalence of Axis II and Disorders in Women with Late Luteal Phase Dysphoric Disorder”, *Journal of Affective Disorders,* 20: 129-134, 1990.
Pearlstein, T., K. Rosen y A. B. Stone, “Mood Disorders and Menopause”, *Endocrinology Metabolism Clinics of North America,* junio, 26 (2): 279-294, 1997.
Peele, S., *The Meaning of Addiction,* San Francisco, Jossey-Bass, 1998.
Peele, S., A. Brodsky y M. Arnold, *The Truth About Addiction and Recovery,* Nueva York, Simon & Schuster, 1991.
Pellicer, Y., “Adicción a las drogas. Un modelo de sistema totalitario”, *Trabajo del I Simposio Internacional de Psiquiatría Social,* XIV, núm. 1, 1984.
Penovich, P. E., “The Effects of Epilepsy and its Treatment on Sexual and Reproductive Function”, *Epilepsia,* 41, supl. 2: 53-61, 2000.
Pérez Barrero, S. A., “Preguntas y respuestas”, *Revista Electrónica de la Federación Latinoamericana de Neuropsicología,* octubre, 2005.
Pérez-Cotapos, M. L. y M. L. Cossio, “Tatuajes y perforaciones en adolescentes”, *Revista Médica de Chile*, 134: 1322-1329, 2006.
Perkins, C. S., J. Meisner y J. M. Harrison, “A Complication of Tongue Piercing”, *British Dental Journal,* 182: 147-148, 1997.
Perkins, K. A., M. Sanders, C. Fonte, A. S. Wilson, W. White y R. Stiller, “Effects of Central and Peripheral Nicotinic Blockade on Human Nicotine Discrimination”, *Psychopharmacology,* 142: 158-164, 1999.
Perugi, G., L. Musetti y E. Simonini, “Gender-Mediated Clinical Features of Depressive Illness: The Importance of Temperamental Differences”, *The British Journal of Psychiatry,* 157: 835-841, 1990.
Peters, K. R., I. Maltzman y K. Viollene, “Abuso infantil en padres de adolescentes que abusan del alcohol y otras sustancias”, *International Journal of the Addictions,* agosto, 3 (7): 125-128, 1996.
Petersen, L. R. y C. R. White, “Premarital Screening for HIV Type 1 in the U. S.”, *American Journal of Public Health,* 80: 1087-1090, 1990.
Petry, N. M., “A Comprehensive Guide to the Application of Contingency Management Procedures in Clinical Settings”, *Drug and Alcohol Dependence,*

58: 9-25, 2000.
Pettinati, H. M., J. R. Volpicelli, H. R. Kranzler, G. Luck, M. R. Rukstalis y A. Cnaan, "Sertraline Treatment for Alcohol Dependence", *Evolutionary Psychobiology*, 97 (4): 473-474, 2002.
Peyser, H., "Responsibility and Addiction", *Psychiatric Services,* octubre, 53 (10): 1327, 2002.
Physicians' Desk Reference (comp.), *Medical Economics Data Production,* Montvale, 1994.
Piazza, N. J., J. L. Vrbka y R. D. Yeager, "Telescoping of Alcoholism in Women Alcoholics", *International Journal of the Addictions,* 24: 19-28, 1988.
Picciotto, M. R., "Common Aspects of the Action of Nicotine and Other Drugs of Abuse", *Drug and Alcohol Dependence,* 51: 165-172, 1998.
Pilling, S., P. Bebbington y E. Kuipers, "Psychological Treatments in Schizophrenia: I. Meta-analysis of Family Intervention and Cognitive Behavior Therapy", *Psychological Medicine*, 32: 763-782, 2002.
Pincomb, G. A., M. F. Wilson, B. H. Sung, R. B. Passey y W. R. Lovallo, "Effects of Caffeine on Pressor Regulation During Rest and Exercise in Men at Risk of Hypertension", *American Heart Journal,* 122: 1107-1125, 1991.
Pinfold, V., P. Huxley y G. Thomicroft, "Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination Evaluating an Educational Intervention with the Police Force in England", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 38: 337, 2003.
Piola, J. C. y D. B. Prada, "Aspectos médicos toxicológicos en pacientes con adicción a drogas atendidos en Rosario", en *Adicciones. Desafíos y abordajes. Salud en el municipio de Rosario,* Rosario, Secretaría de Salud Pública, pp. 105-110, 1998.
Platt, S. y A. Robinson, "Parasuicide and Suicide: A 20 Year Survey of Admissions to a Regional Poisoning Treatment Centre", *International Journal of Social Psychiatry,* 37: 159-172, 1991.
PNUFID, Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas,* Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 2003.
Polcin, D. L., S. D. Prindle y A. Bostrom, "Integrating Social Model Principles into Broad-based Treatment: Results of a Program Evaluation", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* noviembre, 28 (4): 585-599, 2002.
Poldrugo, F., "Acamprosate Treatment in a Long Term Community-Based Alcohol Rehabilitation Program", *Addiction,* 92: 1537-1546, 1997.
Polifka, J. y J. M. Friedman, "Medical Genetics. Clinical Teratology in the Age of Genomics", *Canadian Medical Association Journal,* 167: 265-273, 2002.
Polivy, J. y C. P. Herman, "Dieting and Binging: A Causal Analysis", *American Psychologist,* 43: 193-201, 1985.

Pollack, M. H., R. Zainelli, A. Goddard, J. P. McCafferty, K. M. Bellew, D. B. Bumham *et al.,* "Paroxetine in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Results of a Placebo-Controlled, Flexible Dosage Trial", *Journal of Clinical Psychiatry,* 62: 350-357, 2001.

Pomerleau, O., K. Downey, F. Stelson y C. Pomerleau, "Cigarette Smoking in Adult Patients Diagnosed with ADHD", *Journal of Substance Abuse,* 7: 373-378, 1995.

Popper, C. H. y S. A. West, "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad", en R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de psiquiatría,* tomo I, Arlington, The American Psychiatric Press, 2002.

Posner, M., P. Peterson Fox y M. Raichle, "Localization of Cognitive Operations in the Human Brain", *Science,* 240: 1627-1631, 1988.

Potenza, M. N., "The Neurobiology of Pathological Gambling", *Seminars in Clinical Neuropsychiatry,* 6: 217-226, 2001.

Pouwels, P. J., K. Brockmann y B. Kruse, "Regional Age Dependence of Human Brain Metabolites from Infancy to Adulthood as Detected by Quantitative Localized Proton MRS", *Pediatric Research,* 46: 474-485, 1999.

Povar, G. y J. Moreno, "Hippocrates and the Health Maintenance Organization. A Discussion of Ethical Issues", *Annals of Internal Medicine,* 109: 419-424, 1988.

Powell, J., J. Geddes, J. Deeks, M. Goldacre y K. Hawton, "Suicide in Psychiatric Hospital in-Patients: Risk Factors and their Predictive Power", *British Journal of Psychiatry,* 176: 266-272, 2000.

Prado, G. A. "Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas", en M. Souza y M., *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos,* México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000.

Prado, G. A., A. J. Martínez, M. J. Martínez, C. G. Mercado y M. Souza y M., "Bupropión y uso de cocaína", *Revista Mexicana de Neurociencia,* 1 (3): 39-41, 2000.

Prado, G. A., A. J. M. Martínez, M. J. Martínez, C. G. Mercado, O. I. Tagle y M. Souza y M., "Adicciones y farmacoterapia: Uso de bupropión en la dependencia a cocaína", *Psiquiatría,* 2a. época, mayo-agosto 17 (2): 58-64, 2001.

Prater, C. D., K. E. Miller y R. G. Zylstra, "Outpatient Detoxification of the Addicted or Alcoholic Patient", *American Family Physician,* 15 de septiembre, 60 (4): 1175-1183, 1999.

Prelevic, G. M., H. S. Jacobs, "Menopause and Post-Menopause", *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism,* julio, 11 (2): 311-340, 1997.

Preti, A., C. Pinna, S. Nocco, M. Mulliri, S. Pilia, D. R. Petretto y C. Masala, "Body of Evidence: Tattoos, Body Piercing, and Eating Disorder Symptoms Among Adolescents", *Journal of Psychosomatic Research,* 61: 561-566, 2006.

Price, M., “The Impact of Incest on Identity Formation in Women”, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis,* verano, 21 (2): 213-228, 1993.
Price, S. S. y M. W. Lewis, “Body Piercing Involving Oral Sites”, *Journal of the American Dental Association,* 128: 1017-1020, 1997.
Prince, J., T. Wilens, J. Waxmonsky, P. Hammerness, M. Monuteaux y S. Goldman, “An Open Study of Sustained-Release Bupropion in Adults with ADHD and Substance Use Disorders”, en *Scientific Proceedings of The American Psychiatric Association,* Filadelfia, New Clinical Drug Evaluation Unit (NCDEU), p. 222, 2002.
Prochaska, J., “Assessing the Stages of Change and Decission-Making”, *Health Education Quarterly,* invierno, 20 (4): 455-470, 1993.
Prochaska, J. O., C. C. DiClemente, “Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change”, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice,* 19: 276-288, 1986.
Prochaska, J. O., C. C. DiClemente y J. C. Norcross, “In Search of how People Change. Applications to Addictive Behaviour”, *American Psychologist,* 47: 1102-1114, 1992.
Prochaska, J. O. y J. M. Prochaska, “Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas”, en M. Casa y M. Gossop (comps.), *Recaída y prevención de recaídas,* Barcelona, Neurociencias, pp. 85-136, 1993.
Project Match Research Group, “Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Post-treatment Drinking Outcomes”, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58: 7-29, 1997.
Provenzano, F., *Biotechnology and Ethics,* Nueva York, Free Press, 2002.
Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, *Diario Oficial de la Federación,* 7 de diciembre, 1998.
Puchol, E. D., “Trastornos adictivos (I): Principios clave del tratamiento"*, Revista de Psicología*, www.hispavista. com, 2005.
Puente, S. F., F. Gómez Mont, M. Souza y M. y M. A. Espel, “La familia ante el problema de las drogas”, México, Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, 1986.
Pugatch, D., M. Mileno y J. Rich, “Possible Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Body Piercing”, *Clinical Infectious Diseases,* 26: 767-768, 1998.
Putnins, Aldis, “At Risk: Youth and Tattoos”, *Youth Studies Australia*, 16 (2): 13-16, 1997.
Quadrio, C., “Sex and Gender and the Impaired Therapist”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* septiembre, 26 (3): 346-363, 1998.
Quinlan, P. T., J. Lane y L. Aspinall, “Effects of Hot Tea, Coffee and Water Ingestion on Physiological Responses and Mood: The Role of Caffeine, Water and Beverage Type”, *Psychopharmacology,* 134: 164-173, 1997.

Quinlan, P. T., J. Lane, K. L. Moore, J. Aspen, J. A. Rycroft y D. C. O'Brien, "The Acute Physiological Effects of Tea and Coffee, the Role of Caffeine Level", *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 66: 19-28, 2000.
Quintana, J. L., E. De la Morena y P. Artuñedo, "Sondaje nasogástrico", en J. M. Arribas y F. Caballero, *Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia,* Madrid, Merck Sharp & Dohme de España, 1993.
Quintero, L., I. Díaz, A. Vethencourt y L. Vivas, "Las abreviaturas en la historia clínica", *Salus Militiae,* 16: 5-12, 1991.
Racine, A. y T. Joyce, "The Association Between Prenatal Care and Birth Weight Among Women Exposed to Cocaine in New York", *Journal of the American Medical Association*, 270: 1581-1586, 1993.
Raghon, C. M., S. Mannikari, V. K. Sleth y M. Padkaa, "Probable Mode of Taurine Action", *Revista Chilena de Nutrición,* 20: 481-483, 1982.
Rait, D. S., "The Therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy", *Psychotherapy in Practice,* 56: 211-224, 2000.
Ram, D. y B. Peretz, "Tongue Piercing and Insertion of Metal Studs: Three Cases of Dental and Oral Consequences", *American Society of Dentistry for Children,* 67: 326-329, 2000.
Rambow, B., C. Adkinson, T. H. Frost y G. F. Peterson, "Female Sexual Assault: Medical and Legal Implications", *Annals of Emergency Medicine,* junio, 21 (6): 727-731, 1992.
Ramos, L., "Las adicciones, más que un problema de salud pública", trabajo presentado en el panel foro Impacto Social de las Adicciones I, México, Centro Médico Nacional Siglo XXI, 26-28 de mayo, 1997.
Ramos, L., H. G. Saldívar, M. E. Medina-Mora, G. E. Rojas y V. J. Villatoro, "Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas y malestar depresivo", *Salud Pública de México,* 1998a.
Ramos, L., H. G. Saldívar, M. E. Medina-Mora, G. E. Rojas y V. J. Villatoro, "Prevalencia del abuso sexual en estudiantes y su relación con el abuso de drogas", México, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, IMP, 1998b.
Ranieri, C. S., "Alcohol-Related Sexual Assault", *Trends Health Care Law Ethics,* verano, 10 (3): 37-40, 16, 1995.
Ransom, D. C., "Commentary, Mental Healthcare in the Primary Care Setting", *Families, Systems, and Health,* 15: 27-36, 1997.
Raspa, R. F. y J. Cusack, "Psychiatric Implications of Tattoos. Review Article", *American Family Physician,* 41: 1481-1486, 1990.
Ratey, J. J., "Paying Attention to Attention in Adults", *CHADDER,* otoño/invierno, pp. 13-14, 1991.
Rathmell, J., C. Viscomi y M. Ashburn, "Management of Nonobstetric Pain During Pregnancy and Lactation", *Anesthesia & Analgesia,* 85: 1074-1087,

1997.
Raymond, M. J., L. L. Halcon y P. L. Pirie, "Regulation of Tattooing in Minneapolis and St. Paul, Minnesota: Tattooists' Attitudes and Relationship Between Regulation and Practice", *Public Health Reports,* 118: 154-161, 2003.
Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española,* Madrid, Espasa Calpe, 19a. ed., 1970.
Reger, F., A. Wong-McDonald y R. P. Liberman, "Psychiatric Rehabilitation in a Community Mental Health Center", *Psychiatric Services,* 54: 1457-1459, 2003.
Regier, D. A., J. K. Myers y M. Kramer, "The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: Historical Context, Major Objectives, and Study Population Characteristics", *Archives of General Psychiatry,* 41: 934-941, 1984.
Regier, D. A., M. E. Farmer, D. S. Rae *et al.,* "Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study", *Journal of the American Medical Association,* 264: 2511-2518, 1990.
Regier, D. A., W. E. Narrow, D. S. Rae, R. W. Manderscheid, B. Z. Locke y F. K. Goodwin, "The De Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-year Prevalence Rates of Disorders and Services", *Archives of General Psychiatry,* 50: 85-94, 1993.
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación,* 6 de agosto, 1997.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, *Diario Oficial de la Federación,* 14 de mayo de 1986.
Reichl, R. B. y J. C. Dailey, "Intraoral Body Piercing: A Case Report", *General Dentistry,* 44: 346-347, 1996.
Reid, M. y R. Hammersley, "Effects of Carbohydrate Intake on Subsequent Food Intake and Mood State", *Physiology & Behavior,* 58: 421-427, 1995.
Reinert, D. y J. Allen, "The Audit: A Review of Recent Research", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 26: 272-279, 2002.
Reiser, S. J., A. J. Dyck y W. J. Curran, *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns,* Cambridge, MIT Press, 1977.
Remafedi, G., S. French y M. Store, "The Relationship Between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results from a Population-Based Study", *American Journal of Public Health,* 88: 57-60, 1998.
Reoux, J. P., A. J. Saxon, C. A. Malte, J. S. Baer y K. L. Sloan, "Divalproex Sodium in Alcohol Withdrawal: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 25: 1324-1329, 2001.
Resnick, M. D., P. S. Bearman y R. W. Blue, "Protecting Adolescents from Harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health", *Journal of the American Medical Association,* 278: 823-832, 1997.

Retz-Junginger, P., W. Retz, D. Blocar, H. G. Weijers, G. E. Trott, P. H. Wender y M. Rossler, "Wender-Utah Rating Scale. The Short-Version for the Assessment of the Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults", *Nervenarzt*, 73: 830-838, 2002.

Reyner, L. A. y J. A. Horne, "Efficacy of a Functional Energy Drink in Counteracting Driver Sleepiness", *Physiology & Behavior,* 75: 331-335, 2002.

Rezvani, A. H. y E. D. Levin, "Cognitive Effects of Nicotine", *Biological Psychiatry,* 49 (3): 258-267, 2001.

Rhee, S. H., J. K. Hewitt, S. E. Young, R. P. Corley, T. J. Crowley y M. C. Stallings, "Genetic and Environmental Influences on Substance Initiation, Use, and Problem Use in Adolescents", *Archives of General Psychiatry,* 60: 1256-1264, 2003.

Rice, J., T. Reich y N. C. Anderasen, "Sex-related Differences in Depression: Familial Evidence", *Journal of Affective Disorders,* 7: 199-210, 1984.

Rice, R., "Child/Adult Abuse", *Home Health Nurse,* septiembre-octubre, 12 (5): 69, 1994.

Richards, L., B. Rollerson y J. Phillips, "Perceptions of Submissiveness: Implications for Victimization", *American Journal of Psychology,* julio, 125 (4): 407-411, 1991.

Richardson, G. A. y N. L. Day, "Detrimental Effects of Prenatal Cocaine Exposure: Illusion or Reality?", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 33: 28-34, 1994.

Richardson, J. L., K. Dwyer, K. McGuigan *et al.,* "Substance Use Among Eighth-Grade Students who Take Care of Themselves after School", *Pediatrics,* 84: 556-566, 1989.

Rickels, K., R. Downing y E. Schweizer *et al.,* "Antidepressants for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Placebo-Controlled Comparison of Imipramine, Trazodone, and Diazepam", *Archives of General Psychiatry,* 50: 884-895, 1993.

Rickels, K., M. H. Pollack, D. V. Sheehan y J. T. Haskins, "Efficacy of Extended-Release Venlafaxine in Nondepressed Outpatients with Generalized Anxiety Disorder", *The American Journal of Psychiatry,* 157: 968-974, 2000.

Rickels, K. y M. Rynn, "Overview and Clinical Presentation of Generalized Anxiety Disorder", *Psychiatric Clinics of North America*, marzo, 24 (1): 123-132, 2001.

Rickels, K. y E. Schweizer, "Long-Term Treatment of Anxiety Disorders: Maintenance Treatment Studies in Anxiety Disorders: Some Methodological Notes", *Psychopharmacology Bulletin*, 31: 115-123, 1995.

Rickels, K. y E. Schweizer, "The Spectrum of Generalised Anxiety in Clinical Practice: The Role of Short-Term, Intermittent Treatment", *The British Journal of Psychiatry,* 173, supl. 34: 49-54, 1998.

Rickels, K., E. E. Schweizer, I. Csanalosi, W. G. Case y H. Chung, "Long-Term Treatment of Anxiety and Risk of Withdrawal: Prospective Comparison of Clorazepate and Buspirone", *Archives of General Psychiatry,* 45: 444-450, 1988.

Rickels, K. y E. E. Schweizer, "Current Pharmacotherapy of Anxiety and Panic", en H. A. Meltzer (comp.), *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress,* Nueva York, Raven Press, pp. 1193-1203, 1987.

Rickels, K., K. Weisman, N. Norstad, M. Singer, D. Stoltz, A. Brown *et al.,* "Buspirone and Diazepam in Anxiety: A Controlled Study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 43: 81-86, 1982.

Ridgway, P. y A. M. Zipple, "The Paradigm Shift in Residential Services: From Linear Continuum to Supported Housing Approaches", *Psychosocial Rehabilitation Journal,* 13: 11-32, 1990.

Riedinger, J. y L. Robbins, "Prevention of Iatrogenic", *Clinics in Geriatric Medicine,* 681-698, 1998.

Riesselman, B., F. Rosenbaum y V. Schneider, "Alcohol and Energy Drink — Can Combined Consumption of Both Beverages Modify Automobile Driving?", *Blutalkohol*, 33: 4, 1996.

Riggs, P. D., "Clinical Approach to Treatment of ADHD in Adolescents with Substance Use Disorders and Conduct Disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 37 (3): 331-332, 1998.

Riggs, P. D. y R. D. Davies, "A Clinical Approach to Integrating Treatment for Adolescent Depression and Substance Abuse", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, octubre, 41 (10): 1253-1255, 2002.

Riolo, S. A., T. A. Nguyen, J. F. Greden y C. A. King, "Prevalence of Depression by Race/Ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III", *American Journal of Public Health,* 95: 65-67, 2005.

Ritsher, J. B., J. D. Mckellar, J. W. Finney, P. G. Otilingam y R. H. Moos, "Psychiatric Comorbidity, Continuing Care and Mutual Help as Predictors of Five-Year Remission from Substance Use Disorders", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* noviembre, 63 (6): 709-715, 2002.

Roache, J. D. y R. A. Meisch, "Findings from Self-Administration Research on the Addiction Potential of Benzodiazepines", *Psychiatric Annals,* 25 (3): 153-157, 1995.

Robbins, P. C., J. Monahan y E. Silver, "Mental Disorder, Violence and Gender", *Law and Human Behavior,* 27 (6): 561-571, 2003.

Roberti, J. W., E. A. Storch y E. A. Bravata, "Sensation Seeking, Exposure to Psychosocial Stressors, and Body Modifications in a College Population", *Personality and Individual Differences,* 37 (6): 1167-1177, 2004.

Roberts, T., P. Auinger y S. Ryan, "Gender Differences in the Association Between Body Piercing and Adolescent Risk Behaviors", *Journal of Adolescent Health,* 30: 103, 2002.
Roberts, T., P. Auinger y S. Ryan, "Body Piercing and High-Risk Behavior in Adolescents", *Journal of Adolescent Health,* 34: 224-299, 2004.
Roberts, T. A. y S. A. Ryan, "Tattooing and High-Risk Behavior in Adolescents", *Pediatrics,* 110: 1058-1063, 2002.
Robins, L. N. y D. A. Regier, *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study,* Nueva York, Free Press, 1991.
Robinson, G., "Cross-Cultural Perspectives on Menopause", *Journal of Nervous and Mental Disease,* agosto, 184 (8): 453-458, 1996.
Robinson, T. y K. C. Berridge, "The Neural Basis of Drug Craving: An Incentive-Sensitization Theory of Addiction", *Brain Research Reviews,* 18: 247-291, 1993.
____, "Addiction", *Annual Review of Psychology,* 54: 25-53, 2003.
Rodríguez, C. R., "Delincuentes sexuales", en J. Díaz Martínez y E. Rubio Aureoles, *Manejo clínico de la problemática sexual,* México, Programa de Actualización Continua de Psiquiatría A3, Asociación Psiquiátrica Mexicana, 1997.
Rodríguez, N., S. W. Ryan, H. Vande Kemp y D. W. Foy, "Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Comparison Study", *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* febrero, 65 (1): 53-59, 1997.
Rodríguez García, R., J. Russell, M. Maddalenno y M. Kastrinakis, *El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en México y América Latina,* Kellogg, OPS/WK, 1999.
Rodríguez-Martos y A. R. Suárez, "MALT (Münchner Alkoholismus Test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo", *Revista de Psiquiatría y Psicología*, 16: 421-432, 1984.
Roesler, T. A., "Reactions to Disclosure of Childhood Sexual Abuse. The Effect on Adult Symptoms", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, noviembre, 182 (11): 618-624, 1994.
Rog, D. L., "The Evidence on Supported Housing", *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 27: 334-344, 2004.
Roger, J., C. Dravet y F. E. Dreifuss, *Epilepsy Syndromes in Childhood,* Londres, John Libbey, 1984.
Rogers, E. S., W. Anthony y A. Lyass, "The Nature and Dimensions of Social Support Among Individuals with Severe Mental Illnesses", *Community Mental Health Journal*: 40: 437-450, 2004.
Rogers, E. S., R. Martin, W. Anthony *et al.,* "Assessing Readiness for Change Among Persons with Severe Mental Illness", *Community Mental Health Journal,* 37: 97-112, 2001.

Rogers, P. J., J. Martin, C. Smith, S. V. Heatherley y H. J. Smit, “Absence of Reinforcing, Mood and Psychomotor Performance Effects of Caffeine in Habitual Non-Consumers of Caffeine”, *Psychopharmacology,* 167: 54-62, 2003.

Roig, J. T., *Plantas medicinales aromáticas o venenosas de Cuba,* La Habana, Ciencia y Técnica, 1971.

Rojas, M., “Bebidas energizantes", http://www.cedro.org, 2006.

Roldán, J., *Ética médica,* México, Ediciones Universidad La Salle, 1984.

Rolls, E. T., “The Functions of the Orbitofrontal Cortex”, *Brain and Cognition*, 55: 11-29, 2004.

Romero, M., C. Gómez, M. Ramiro y A. Díaz, “Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta”, *Salud Mental,* 20 (2), 38-46, 1997.

Romero, M. M. P., C. Gómez y M. E. Medina-Mora, “Las mujeres adictas: De la descripción a su construcción social”, ponencia presentada a El Impacto del Abuso de las Drogas en la Mujer y la Familia, reunión del Grupo de Consulta, Montevideo, noviembre, 18-20, 1996.

Rooks, J. K., D. J. Roberts y K. Scheltema, “Tattoos: Their Relationship to Trauma, Psychopathology, and Other Myths”, *Minnesota Medicine*, 83: 24-27, 2000.

Rosano, G. M. y G. Mercuro, “Controversial Aspects of Hormone Replacement Therapy upon Cardiovascular Mortality and Morbidity of Women in Menopause”, *Giornale Italiano di Cardiologia,* septiembre, 29 (9): 999-1003, 1999.

Rosen, C. S., P. C. Ouimette, J. I. Sheikh, J. A. Gregg y R. H. Moos, “Physical and Sexual Abuse History and Addiction Treatment Outcomes”, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, noviembre, 63 (6): 683-687, 2002.

Rosenbaum, F. A., B. E. Riesselmann y V. A. Schneider, “Alcohol and Energy Drink and the Combined Consumption of Both Beverages in the Automobile Performance”, *Blutalkohol,* junio, 45 (2): 183-234, 1998.

Rosenberg, L., A. Mitchell, J. Parsells *et al.,* “Lack of Relation of Oral Clefts to Diazepam Use During Pregnancy”, *New England Journal of Medicine,* 309: 1282-1285, 1983.

Rosenfield, S., “Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction”, *American Sociological Review,* 62: 660-672, 1997.

Rosenker, D. C., “Adolescent Substance Abuse: Tools Counselors Can Use”, *Behavioral Healthcare Tomorrow,* octubre, 11 (5): SR27, 2002.

Roso, A., S. M. Neves, P. Guareschi y B. S. M. Nora, “Culture and Ideology: The Media Reveling Racial and Gender Stereotypes”, *Psycology Society,* julio-diciembre, 14 (2): 34-48, 2002.

Rosovsky, H., G. Borges, N. Gallegos y R. Pérez, *Tabaquismo en México. Situación actual. Investigación bibliográfica nacional,* México, Consejo

Nacional contra las Adicciones, junio, 1997.
Rosovsky, H., R. Gutiérrez y G. Borges, "Per Capita Alcohol Consumption in Mexico from 1970 to 1994", Reunión Conjunta México-Estados Unidos, Investigación sobre Políticas y Prevención de Problemas Derivados del Abuso del Alcohol, diciembre, 1995.
Ross, H. E., F. B. Glaser y T. Germanson, "The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and other Drug Problems", *Archives of General Psychiatry,* 45: 1023-1031, 1998.
Ross, S. y N. Heath, "A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents", *Journal of Youth and Adolescence,* 31: 66-77, 2002.
Rössler, W., "Rehabilitación psiquiátrica hoy: Una perspectiva general", *World Psychiatry*: 4: 151-157, 2006.
Rössler, W., W. Löffler y B. Fätkenheuer, "Does Case Management Reduce the Rehospitalization Rate?", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 86: 445-449, 1992.
Rossow, I. y G. Lauritzen, "Shattered Childhood: A Key Issue in Suicidal Behavior Among Drug Addicts?", *Addiction,* 96, 227-240, 2001.
Rothman, D., "Ethics and Human Experimentation", *New England Journal of Medicine,* 317 (19): 1195-1199, 1987.
Rotily, M., C. Delorme e Y. Obadia, "Survey of French Prison Found that Injecting Drug Use and Tattooing Occurred", *British Medical Journal,* 316, 777, 1998.
Rounds-Bryant J. L., P. L. Kristiansen y R. L. Hubbard, "Drug Abuse Treatment Outcome Study of Adolescents: A Comparison of Client Characteristics and Pre-Treatment Behaviours in Three Treatment Modalities", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 25: 573-591, 1999.
Roy, A., "Genetics, Biology, and Suicide in the Family", en R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger y R. I. Yufit (comps.), *Assessment and Prediction of Suicide,* Nueva York, Guilford Press, pp. 574-588, 1992.
_____, "Characteristics of Drug Addicts who Attempt Suicide", *Psychiatry Research,* noviembre, 1, 121 (1): 99-103, 2003.
Roy, E., N. Haley, P. Leclerc y J. F. Boivin, "Risk Factors for Hepatitis C Virus Infection Among Street Youths", *Canadian Medical Association Journal,* 165 (5), 557-560, 2002.
Roy-Byrne, P., W. Katon y W. E. Broadhead, "Subsyndromal ('mixed') Anxiety Depression in Primary Care", *Journal of General Internal Medicine,* 9: 507-512, 1994.
Roy-Byrne, P., L. Scheele y J. Brinkley, "Adult ADHD: Assessment Guidelines Based on Clinical Presentation to a Specialty Clinic", *Comprehensive Psychiatry,* 31: 417-425, 1990.
Roy-Byrne, P., W. Katon, D. S. Cowley y J. Russo, "A Randomized Effectiveness Trial of Collaborative Care for Patients with Panic Disorder in Primary Care",

Archives of General Psychiatry, 58: 869-876, 2001.
Roy-Byrne, P. y W. Katon, "Anxiety Management in the Medical Setting: Rationale, Barriers to Diagnosis and Treatment, and Proposed Solutions", en D. I. Mostofsky, N. Sartorius, T. Ustun, Y. Lecrubier y H. Wittchen, "Depression Comorbid with Anxiety: Results from the who Study on Psychological Disorders in Primary Health Care", *The British Journal of Psychiatry,* 168: 38-43, 1996.
Royal College of Psychiatrists, *Psychiatric Rehabilitation,* Londres, Gaskell, ed. rev., 1996.
Rozenberg, S. y J. Vásquez, "Educating Patients About the Benefits and Drawbacks of Hormone Replacement Therapy", *Drugs and Aging,* julio, 13 (1): 33-41, 1998.
Rubin, P., "Drug Treatment During Pregnancy", *British Medical Journal*, 317: 1503-1506, 1998.
Rubio, G., G. Ponce, J. Manzanares y J. D. Sinclair, "Naltrexone for Alcohol Dependence", *New England Journal of Medicine,* 25 de abril, 346: 1329-1331, 2002.
Rubio, G., B. Urosa y J. Santo Domingo, "Validación de la escala de la intensidad de la dependencia alcohólica", *Psiquiatría Biológica,* 5, supl. 1: 44-47, 1998.
Rubio Donnadieu, F., "Comentario al trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Medicina del Dr. Mario Arturo Alonso Venegas. Programa quirúrgico de epilepsia: Implementación, resultados, avances e identificación de necesidades", Academia Mexicana de Medicina, México, CMN Siglo XXI, 25 de abril, 2007.
Rucklidge, J. J. y B. J. Kaplan, "Las atribuciones y percepciones en mujeres adolescentes con sintomatología de ADHD", *Journal of Clinical Psychology,* 56 (6): 711-722, 2000.
Rudy, D. W. y C. L. Elam, "Developing a Stage-Appropiate Professionalism Curriculum", *Academic Medicine,* 76: 503, 2001.
Rusch, N., M. C. Angermeyer y P. W. Corrigan, "Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives to Reduce Stigma", *European Psychiatry,* 20: 529-539, 2005.
Rusted, J. M. y D. M. Warburton, "Molecules for Modeling Cognitive Impairment", en I. Hindmarch, H. Hippius y G. Wilcox (comps.), *Dementia, Molecules, Methods and Measurement,* Londres, Academic, 1991.
Ryu, S. J. e Y. Chien, "Ginseng-Associated Cerebral Arteritis", *Neurology,* 45: 829-830, 1995.
Saber, A., *Niños hiperactivos: Diagnóstico y tratamiento,* Madrid, Santillana, 1979.
Sacks, S. y R. K. Ries, *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders, Treatment Improvement Protocol (TIP),* serie 42, Washington, D. C., U. S. Department of Health and Human Services, Public

Health Service, Substance Abuse & Mental Health Services Administration, 2005.
Sadock, B. J. y V. A. Sadock, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry,* Baltimore, Lippincott & Wilkins, 10a. ed., 2007.
Safran, J. D. y J. C. H. Muran, *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide,* Nueva York, Guilford Press, 2000.
Salgado de Snyder, V. N. y M. J. Díaz-Pérez, "La salud mental de las mujeres rurales: Problemas, necesidades y alternativas", en M. A. Lara y V. N. Salgado de Snyder (comp.), *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito: La salud mental de las mujeres mexicanas,* México, Pax, pp. 171-194, 2002.
Salín, R. J., *Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría,* México, McGraw-Hill Interamericana, 1997.
____, *Manual de prescripción de antidepresivos,* México, McGraw-Hill Interamericana, 1999.
Salkovskis, P. M., C. Atha y D. Storer, "Cognitive-Behavioural Problem Solving in the Treatment of Patients who Repeatedly Attempt Suicide: A Controlled Trial", *The British Journal of Psychiatry,* 157: 871-876, 1990.
Salles, V., "Pobreza, pobreza y más pobreza", en I. Szasz y V. Salles (comps.), *Las mujeres en la pobreza,* México, El Colegio de México, pp. 47-72, 1994.
Salud Pública de México, "Del 'cuánto' al 'por qué': La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios", septiembre-octubre, 39 (5): 73-82, 1997.
Salyers, M. P., D. R. Becker y R. E. Drake, "A Ten-Year Follow-Up of a Supported Employment Program", *Psychiatric Services,* 55: 302-308, 32, 2004.
Samantha, S., M. Tweeten y L. S. Rickman, "Infectious Complications of Body Piercing Review Article", *Clinical Infectious Diseases,* 26: 735-740, 1998.
SAMHSA, Substance Abuse & Mental Health Services Administration, "New National Study on Substance Use Among Women in the U. S.", s. f., www.hhs.gov/news/press/1997pres/970922.html. [Consultado el 25 de junio de 2003.]
____, *Summary of Findings from 1998 National Household Survey on Drug Abuse,* Washington, D. C., 1998.
____, *Opioid Drugs in Maintenance and Detoxification Treatment of Opiate Addiction,* Washington, D. C., 2001.
____, "Report to Congress on the Prevention and Treatment of Co-occurring Substance Abuse Disorders and Mental Disorders", http://alt.samhsa.gov/reports/congress2002, s. f.
Samuel, M. C., P. M. Doherty, M. Bulterys y S. A. Jenison, "Association Between Heroin Use, Needle Sharing and Tattoos Received in Prison with Hepatitis B and C Positivity among Street-Recruited Injecting Drug Users in New Mexico, USA", *Epidemiology and Infection,* 127: 475-484, 2001.

Sánchez, B. C., C. F. Morales, C. G. González, M. Souza y M. y M. C. Romo, "Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina", *Psicopatología*, 17, 1a., (1-2): 1-5, 1997.

Sánchez-Hervás, E., N. Molina, R. del Olmo, V. Tomás y E. Morales, "Craving y adicción a drogas", *Trastornos Adictivos,* 3: 237-243, 2001.

Sanguinetti, V. R. y S. E. Samuel, "Comorbid Substance Abuse and Recovery from Acute Psychiatric Relapse", *Hospital & Community Psychiatry,* noviembre, 44 (11): 1073-1076, 1998.

Santoni, A., *Nostalgia del maestro artesano,* México, CESU, UNAM, 2a. ed., 1996.

Sartorius, N., "Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental", *Advances in Relational Mental Health*, julio, 2 (2): 1-7, 2003.

Satchithananda, D. K., J. Walsh y P. M. Schofield, "Bacterial Endocarditis Following Repeated Tattooing", *Heart*, 85: 11-12, 2001.

Sattar, S. P., M. J. Markert y B. S. C. Petty, "Addiction Training Scale: Pilot Study of a Self-Report Evaluation Tool for Psychiatry Researchers", *Academic Psychiatry,* verano, 28: 3, 2004.

Satterfield, J. H., B. T. Satterfield y D. P. Cantwell, "Three-Year Multimodality Treatment Study of 100 Hyperactive Boys", *Journal of Pediatrics,* 98: 650-655, 1981.

Satterfield, J. y C. Hoppe, "A Prospective Study of Delinquency in 110 Adolescent Boys with ADHD and 88 Adolescent Boys", *The American Journal of Psychiatry,* 139: 795-798, 1982.

Saunders, J. B., O. G. Aasland, T. E. Babor, J. R. de la Fuente y M. T. I. Grant, "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II", *Addiction,* 88: 791-804, 1993.

Saussure, F. de, *Introduction to a General Course on Linguistics,* C. Bally & A. Sechehaye (comps.), trad. de W. Baskin, Nueva York, McGraw-Hill, 1966.

Savin-Williams, R. C., "Verbal and Physical Abuse as Stressors in the Lives of Lesbian, Gay Male, and Bisexual Youths: Associations with School Problems, Running Away, Substance Abuse, Prostitution, and Suicide", *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* abril, 62 (2): 261-269, 1994.

Saviñón, T. J. A., M. R. Solís y R. R. Johnson, "Trastornos por pánico: Aspectos clínicos y psicofarmacológicos", *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría,* enero-marzo, 35 (1): 97-106, 2002.

Scaaf, K. y A. de McCanne, "La relación entre el abuso en la infancia, de tipo sexual y físico, y la combinación de ambos, con la victimación en la adultez y el desorden de estrés post-traumático", *Price,* Londres, 1998.

Scanlon, J., "Effects of Benzodiazepines on the Neonate", *New England Journal of Medicine*, 292: 649-650, 1975.

Schaughency, E. A. y G. W. Hynd, "Attention and Impulse Control in Attention Deficit Disorder (ADD)", *Journal of Learning and Individual Differences,* 1: 423-449, 1989.
Scheig, R., "Acute and Chronic Viral Hepatitis", *Lippincotts Primary Care Practice,* 2: 390-397, 1998.
Schenker, S. y M. K. Bay, "Medical Problems Associated with Alcoholism", *Advances in Internal Medicine,* 43: 27-78, 1998.
Schmidt, P., H. Kufner, S. Hasemann, B. Lohnert, W. Kolb, U. Zemlin y M. Zoyka, "Is the European Addiction Severity Index a Useful Tool in the Diagnostic Routines of Alcohol Dependence?", *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie,* marzo, 23, 111-119, 2007.
Schneider, J. P., *Back from Betrayal: Recovering from his Affairs,* San Francisco, Harper/Hazelden, 1998.
_____, "How to Recognize the Signs of Sexual Addiction Asking the Right Questions May Uncover Serious Problems", *Postgraduate Medicine, Sexual Addiction,* noviembre, 90 (6): 127-135, 1991.
Schneider, J. P. y B. Schneider, *Sex, Lies, and Forgiveness: Couples Speaking out on Healing from Sex Addiction,* Center City, Hazelden Educational Materials, 1991.
_____, "Marital Satisfaction During Recovery from Self-Identified Sexual Addiction Among Bisexual Men and their Wives", *Journal of Sex & Marital Therapy,* 16 (4): 230-250, 1990.
Schneidman, E., *On the Nature of Suicide,* San Francisco, Josey Bass, 1980.
Schnoll, S. H., "Drogadicción, sobredosis y síndrome de abstinencia", en S. M. Ayres, G. Ake, P. R. Holbrook y W. C. Shoemaker, *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva,* Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, pp. 1203-1204, 1996.
Scholey, A. B., "Fuel for Thought", *Psychologist,* 14: 196-201, 2001.
_____,"Cognitive and Physiological Effects of an Energy Drink: An Evaluation of the Whole Drink and of Glucose, Caffeine and Herbal Flavouring Fractions", *Psychopharmacology,* 176: 320-330, 2004.
Scholey, A. B., S. Harper y D. O. Kennedy, "Cognitive Demand and Blood Glucose", *Physiology & Behavior,* 73: 585-592, 2001.
Scholey, A. B. y D. O. Kennedy, "Acute, Dose-Dependent Cognitive Effects of Ginkgo Biloba, Panax Ginseng and their Combination in Healthy Young Volunteers: Differential Interactions with Cognitive Demand", *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental,* 17: 35-44, 2002.
Scholey, A. B. y K. Fowles, "Retrograde Enhancement of Kinesthetic Memory by Alcohol and by Glucose", *Neurobiology of Learning and Memory,* 78: 477-483, 2002.
Scholey, A. B., D. R. Moss, M. C. D. R. Neave y K. A. Wesneska, "Cognitive Performance, Hyperoxia and Heart Rate Following Oxygen Administration in

Healthy Young Adults”, *Physiology & Behavior,* 67: 783-789, 1999.
Schottenfeld, R. S., J. Pakes, D. Ziedonis y T. R. Kosten, “Buphrenorphine: Dose Related Effects on Cocaine and Opioid Use on Cocaine-Abusing Opioid-Dependent Humans”, *Biological Psychiatry*, 34: 66-74, 1993.
Schottenfeld, R. S. *et al.,* "Buprenorphine *vs* Methadone Maintenance Treatment for Concurrent Opioid Dependence and Cocaine Abuse”, *Archives of General Psychiatry,* 54 (8): 713-720, 1997.
Schubiner, H., “Substance Abuse in Patients with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Therapeutic Implications”, *CNS Drugs*, 19 (8): 643-653, 2005.
Schubiner, H., K. Saules, C. Arfken, C. Johanson, C. Schuster y N. Lockhart, “Double-Blind Placebo Controlled Trial of Methylphenidate in the Treatment of Adult ADHD Patients with Comorbid Cocaine Dependence”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* 10: 286-294, 2002.
Schubiner, H., A. Tzelepis, J. H. Isaacson, L. H. Warbasse, M. Zacharek y J. Musial, “The Dual Diagnosis of ADHD and Substance Abuse: Case Reports and Literature Review”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 56 (4): 146-150, 1995.
Schubiner, H., A. Tzelepis, S. Milberger, N. Lockhart, M. Kruger y B. J. Kelley, “Prevalence of ADHD and Conduct Disorder Among Substance Abusers”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 61 (4): 244-251, 2000.
Schuckit, M. A., “The Treatment of Stimulant Dependence”, *Addiction,* noviembre, 89 (11): 1559-1563, 1994.
Schultz, W., P. Dayan y P. R. Montague, “A Neural Substrate of Prediction and Reward”, *Science,* 275: 1593-1599, 1997.
Schulze, B. y W. Rossler, “Caregiver Burden in Mental Illness: Review of Measurement. Findings and Interventions in 2004-2005”, *Current Opinion in Psychiatry,* 18: 684-691, 2005.
Schulze, B. y E. M. Alderman, “Substances of Abuse”, *Pediatrics in Review,* 13: 204-215, 1997.
Schwartz, R. “Testing for Drugs of Abuse: Controversies and Techniques”, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 4: 353-370, 1993.
Schwartz, S., S. Goldfinger y M. Ratener, *The Young Adult Patient and the Care System: Fragmentation Prototypes,* San Francisco, Jossey-Bass, 1983.
Schwenk, L., “Depression: Overcoming Barriers to Diagnosis”, *Consultant,* 1553-1555, 1994.
Sciacca, K., “Co-ocurring Addictive and Mental Disorders. A Brief History of the Origins of Dual Diagnosis. Treatment and Program Development”, *American Journal of Orthopsychiatry,* julio, 66 (3): 48-54, 1996.
Scott, A. y C. Wenger, “Género y redes de apoyo social en la vejez”, en S. Arber y J. Ginn (coords.), *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico,* Madrid, Nardea, 1996.
Seale, C. G., M. J. Morrell, N. Lorene y M. L. Druzin, “Analysis of Prenatal and Gestational Care Given to Women with Epilepsy”, I, 51 (4): 1040-1045, 1998.

Sebastian, V. J., S. Ray, S. Bhattacharya, O. T. Maung, H. A. Saini y H. J. Jalan, "Tattooing and Hepatitis B Infection", *Journal of Gastroenterology and Hepatology,* 7: 385-387, 1992.

Secker, J., "Current Conceptualizations of Mental Health and Mental Health Promotion", *Health Education Research,* 13: 57-66, 1988.

See, D. M., N. Broumand, L. Sahl y J. G. Tilles, "In Vitro Effects of Echinacea and Ginseng on Natural Killer and Antibody-Dependent Cell Cytotoxicity in Healthy Subjects and Chronic Fatigue Syndrome or Acquired Immunodeficiency Syndrome Patients", *International Immunopharmacology,* 35: 229-235, 1997.

Segal, S., J. Baumohl y E. Moyles, "Neighborhood Types and Community Reaction to the Mentally Ill: A Paradox of Intensity", *Journal of Health and Social Behavior,* 21: 345-359, 1980.

Seidl, R., A. Peyrl, R. Nicham y E. Hauser, "A Taurine and Caffeine Containing Drink Stimulates Cognitive Performance and Well-being, Part II", *Amino Acids,* 20: 343-357, 2000.

Seifert, J., C. Metzner, W. Paetzold, M. Borsutzky, T. Passie y J. Rollnik, "Detoxification of Opiate Addicts with Multiple Drug Abuse: A Comparison of Buprenorphine *vs*. Methadone", *Pharmacopsychiatry,* septiembre, 35 (5): 159-164, 2002.

Seixas, F. A. y J. Y. Sutton, "Professional Training on Alcoholism", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 178: 1-139, 1971.

Seligman, M. E., "The Effectiveness of Psychotherapy", *American Psychologist,* 50: 965-974, 1995.

Sell, L. A., J. Morris, J. Bearn, R. S. Frackowiak, K. J. Friston y R. J. Dolan, "Activation of Reward Circuitry in Human Opiate Addicts", *European Journal of Neuroscience,* 11: 1042-1048, 1999.

Sellers, E. M., T. Toneatto y M. K. Romarch, "Clinical Efficacy of the 5HT3 Antagonist Ondansetron in Alcohol Abuse and Dependence", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 18: 879-885, 1994.

Semple, W. E., P. Goyer, R. McCormick, E. Morris, B. Comptom, G. Muswick, D. Nelson, B. Donovan, G. Leisure, M. Berridge, F. Mirfaldi y S. C. Schulz, "Preliminary Report: Brain Blood Flow Using PET in Patients with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Abuse Histories", *Biological Psychiatry,* 34: 115-118, 1993.

Shader, R. I. y D. J. Greenblatt, "Use of Benzodiazepines in Anxiety Disorders", *New England Journal of Medicine,* núm. 328, 1398-1404, 1993.

Shaffer, H. J. y D. A. Korn, "Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis", *Annual Review of Public Health,* 23: 171-212, 2002.

Shaffer, H. J., D. A. Laplante, R. A. Labrie, R. C. Kidman, A. N. Donato y M. V. Stanton, "Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions,

Common Etiology", *Harvard Review of Psychiatry*, noviembre-diciembre, 12: 367-374, 2004.
Shaffi, M., J. Steltetz-Linarky y A. M. Derrick, "Comorbidity of Mental Disorders in the Post Mortem Diagnosis of Completed Suicides in Children and Adolescents", *Journal of Affective Disorders*, 15: 227-233, 1988.
Sharman, C. H. H., "El problema del alcohol", *Perspectivas de Salud, Revista de la Organización Panamericana de la Salud,* vol. 10, núm. 1, 2005.
Shaywitz, S. y B. Shaywitz, "Attention Deficit Disorder. Current perspectives", en T. Trust y J. Kavahaugh (comps.), *Learning Disabilities: Proceedings of the National Conference,* Parkton, York Press, pp. 369-498, 1988.
Shearer, J., A. Wodak, R. Mattick, I. Van Beek, J. E. Lewis y W. G. Hall, "Pilot Randomized Controlled Study of Dexamphetamine Substitution for Amphetamine Dependence", *Addiction*, 96: 1289-1296, 2001.
Sheehan, D. V., "Panic Attacks and Phobias", *New England Journal of Medicine,* núm. 307: 156-158, 1982.
Shekelle, P. G., M. L. Hardy, S. C. Morton, M. Maglione, W. A. Mojica, M. J. Suttorp, S. L. Rhodes, L. Jungvig y J. Gagne, "Efficacy and Safety of Ephedra and Ephedrine for Weight Loss and Athletic Performance: A Meta-Analysis", *Journal of the American Medical Association,* marzo, 26, 289 (12): 1537-1545, 2003.
Shepard, T. H., R. L. Brent, J. M. Friedman, K. L. Jones, R. K. Millar y C. A. Moore, "Update on New Developments in the Study of Human Teratogens", *Teratology,* 65: 153-161, 2002.
Sher, K. J., K. S. Walitzer, K. Word y E. E. Brent, "Characteristics of Children of Alcoholics: Putative Risk Factors, Substance Use and Abuse, and Psychopathology", *Journal of Abnormal Psychology,* 100: 427-448, 1991.
Shibire, T., A. Negash y G. Kullgren, "Perception of Stigma Among the Family Members of Individuals with Schizophrenia and Major Affective Disorders in Rural Etiopia", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 36: 299-303, 2001.
Sern, D. L., S. Tsembaris y W. A. Anthony, "Serving Street Dwelling Individuals with Psychiatric Disabilities: Outcomes of a Psychiatric Rehabilitation Clinical Trial", *American Journal of Public Health*, 90: 1873-1878, 2000.
Shippenberg, T. S. y G. I. Elmer, "The Neurobiology of Opiate Reinforcement", *Critical Reviews in Neurobiology,* 12: 267-303, 1998.
Siegel, S. y B. M. Ramos, "Applying Laboratory Research: Drug Anticipation and the Treatment of Drug Addiction", *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* agosto, 10 (3): 162-183, 2002.
Siengler, M., "Decision-Making Strategy for Clinical-Ethical Problems in Medicine", *Archives of Internal Medicine,* 142 (2): 178-179, 1982.
Siever, L. J., M. S. Buchsbaum, A. S. New, J. Speigel-Cohen, T. Wei, E. A. Hazlett, E. Sevin y M. Nunn, "Mitropulou M. d-I-Fenfluramine Response in

Impulsive Personality Disorder Assessed with 18F-Fluorodeoxy-Glucose Positron Emission Tomography", *Neuropsychopharmacology,* 20: 413-423, 1999.

Sigusch, V., "The Neosexual Revolution", *Archives of Sexual Behavior,* 27 (4): 331-335, 1998.

Silva, C., J. Carvalho, L. Jorge, B. Cunha, M. Goes y M. Yacubian, "Sexual Disorders in Epilepsy. Results of a Multidisciplinary Evaluation", *Arquivos de Neuro-Psiquiatria,* 57 (3B): 798-807, 1999.

Silverman, A. L., J. S. Sekhon, S. J. Saginaw, D. Wiedbrauk, M. Balasubramaniam y S. C. Gordon, "Tattoo Application is Associated with an Increased Risk for Chronic Viral Hepatitis", *American Journal of Gastroenterology,* 95: 1312-1315, 2000.

Simkin, R. J., "Women's Health: Time for a Redefinition", *Canadian Medical Association Journal,* febrero, 15, 152 (4): 477-479, 1995.

Simon, M. R., A. H. Clayton, G. J. Clavet y J. V. Pinkerton, "Patient Satisfaction with Psychiatric Treatment of Menopausal Women in a Multidisciplinary Women's Midlife Center", *Menopause,* verano, 5 (3): 169-173, 1998.

Simón, P. J. R. y B. L. Fernández Rodríguez, "Consideraciones generales sobre drogas de abuso", *Medisan,* 6 (4): 58-71, 2002.

Simplot, T. C. y H. T. Hoffman, "Comparison Between Cartilage and Soft Tissue Ear Piercing Complications", *American Journal of Otolaryngology,* 19: 305-310, 1998.

Simpson, D, D., "A Conceptual Framework for Drug Treatment Process and Outcomes", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 27: 268-280, 2004.

Simpson, D. D., J. Gue, G. A. Rowan-Szal y J. M. Greiner, "Drug Abuse Treatment Process Components that Improve Retention", *Journal of Substance Abuse Treatment,* 14: 565-572, 1997.

Simpson, D. D. y S. B. Sells (comps.), *Opioid Addiction and Treatment: A 12-year Follow-up,* Malabar, Keiger, 1990.

Simpson, H. B., F. R. Schneier, R. Campeas *et al.,* "Imipramine in the Treatment of Social Phobia", *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 18: 132-135, 1998.

Sites, C. K., "Hormone Replacement Therapy: Cardiovascular Benefits for Aging Women", *Coronary Artery Disease,* 9 (12): 789-793, 1998.

Skinner, L. J., K. K. Berry y S. E. Griffith, "Generalizability and Specificity of the Stigma Associated with the Mental Illness Label: A Reconsideration Twenty-Five Years Later", *American Journal of Community Psychology,* 23: 3-17, 1995.

Skodol, A. E., J. G. Gunderson, B. Pfohl, T. A. Widiger, W. J. Livesley y L. J. Siever, "The Borderline Diagnosis: I. Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure", *Biological Psychiatry,* 51: 936-950, 2002.

Skre, I., S. Onstad, S. Torgersen *et al.*, "A Twin Study of DSM-III-R Anxiety Disorders", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 88: 85-92, 1993.

Slutske, W. S., S. Eisen, W. R. True, M. J. Lyons, J. Goldberg y M. Tsuang, "Common Genetic Vulnerability for Pathological Gambling and Alcohol Dependence in Men", *Archives of General Psychiatry*, 57: 666-673, 2000.

Smiley, A. y H. Moskowitz, "Effects of Long-Term Administration of Buspirone and Diazepam on Driver Steering Control", *American Journal of Medicine,* 80: 22-29, 1986.

Smilkstein, M. J., "As the Pendulum Swings: The Saga of Physostigmine", *Emergency Medicine Journal,* 9: 275-277, 1991.

Smit, H. J. y P. J. Rogers, "Effects of Energy Drinks on Mood and Mental Performance: Critical Methodology", *Food Quality and Preference,* 13: 317-326, 2002.

Smith, A., "Effects of Caffeine on Human Behavior", *Food and Chemical Toxicology,* 40: 1243-1259, 2002.

Smith, A., C. Brice, J. Nash, N. Rich y D. J. Nutt, "Caffeine and Central Noradrenaline: Effects on Mood, Cognitive Performance, Eye Movements and Cardiovascular Function", *Journal of Psychopharmacology,* 17: 283-292, 2003.

Smith, A., A. Maben y P. Brockman, "Effects of Evening Meal and Caffeine on Cognitive Function, Mood and Cardiovascular Functioning", *Appetite,* 22: 57-65, 1994.

Smith, A. y C. Miles, "Effects of Lunch on Cognitive Vigilance Tasks", *Ergonomics,* 29: 1251-1261, 1986.

Smith, A., J. M. Rusted, P. Eaton-Williams, M. Savory y P. Leathwood, "Effects of Caffeine Given Before and After Lunch on Sustained Attention", *Neuropsychobiology,* 23: 160-163, 1990.

Smith, A. P., "Behavioral Effects of Caffeine", en T. H. Parliament, C. T. Ho y P. Schieberle (comps.), *Caffeinated Beverages: Health Benefits, Physiological Effects, and Chemistry,* Washington, D. C., American Chemical Society, pp. 30-45, 2000.

Smith, A. P., R. Clark y J. Gallagher, "Breakfast Cereal and Caffeinated Coffee: Effects on Working Memory, Attention, Mood & Cardiovascular Function", *Physiology & Behavior* 67: 9-17, 1999.

Smith, A. P., A. M. Kendrick, A. L. Maben y J. Salmon, "Effects of Breakfast and Caffeine on Performance, Mood and Cardiovascular Functioning", *Appetite,* 22: 39-55, 1994.

Smith, D., C. Dempster, J. Glanville, N. Freemantle e I. Anderson, "Efficacy and Tolerability of Venlafaxine Compared with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and other Antidepressants: A Meta-Analysis", *The British Journal of Psychiatry,* 180: 396-404, 2002.

Smith, D. E. y D. R. Wesson, "Benzodiazepines and Other Sedative Hypnotics", en M. Galanter y H. D. Kleber (comps.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment,* Washington, D. C., American Psychiatric Press, 2a. ed., pp. 239-250, 1999.
Smith, L. M., L. Chang, M. L. Yonekura, K. Gilbride, J. Kuo, R. E. Poland, I. Walot e I. Ernst, "Brain Proton Magnetic Resonance Spectroscopy and Imaging in Children Exposed to Cocaine in Utero", *Pediatrics,* febrero, 107 (2): 108-120, 2001.
Smith, T. L., F. R. Volpe, J. N. Hashima y M. A. Schuckit, "Impact of a StimulantFocused Enhanced Program on the Outcome of Alcohol- and/or Stimulant-Dependent Men", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23: 1772-1779, 1999.
Smoller, J. W. y M. H. Pollack, "The Longitudinal Course and Outcome of Panic Disorder", *Psychiatric Clinics of North America,* 18: 785-802, 1995.
Snodgrass, W. R., "Clinical Toxicology", en C. D. Klaassen (comp.), *Casarett & Doull's Toxicology,* Nueva York, McGraw-Hill, pp. 969-986, 5a. ed., 1996.
Sokol, R. J., S. S. Martier y J. W. Ager, "The T-ACE Questions: Practical Prenatal Detection of Risk-drinking", *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* 106: 863-870, 1986.
Soma, M. R., R. Baetta y P. Crosignani, "The Menopause and Lipid Metabolism: Strategies for Cardiovascular Disease Prevention", *Current Opinion in Lipidology,* 8 (4): 229-235, 1997.
Sorenson, S. B. y A. F. Saftlas, "Violence and Women's Health. The Role of Epidemiology", *Annals of Epidemiology,* marzo, 4 (2): 140-145, 1994.
Sotelo, M. M. y S. R. Johnson, "The Effects of Hormone Replacement Therapy on Coronary Heart Disease", *Endocrinology Metabolism Clinics of North America,* junio, 26 (2): 313-328, 1997.
Soutullo, C. A., P. G. Shekelle, M. L. Hardy, S. C. Morton, M. Maglione, W. A. Mojica, M. J. Suttorp, S. L. Rhodes, L. Jungvig y J. Gagne, "Efficacy and Safety of Ephedra and Ephedrine for Weight Loss and Athletic Performance: A Meta-Analysis", *Journal of the American Medical Association,* 26 de marzo, 289 (12): 1537-1545, 2003.
Souza y Machorro, Mario, *Análisis de la información sobre mariguana publicada en los medios de información masiva en la ciudad de México,* México, Centro de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), 1979a.
_____, "Principios de psicoterapia, tipos y clasificación", curso de especialización en medicina familiar, Departamento de Enseñanza e Investigación, Clínica-hospital, núm. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1979b.
_____, "Legislación y alcoholismo", *Salud Mental,* 4: 1-3, 1981.
_____, "La educación para la salud mental de la población general y grupos específicos", en *Memorias de la I Reunión sobre Investigación y Enseñanza,* México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, p. 142, 1982.

____, *Apuntes sobre agresión,* México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1983.
____, *Aspectos psicológicos del suicidio,* México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1984a.
____, "La atención primaria y la educación para la salud mental", *Salud Mental,* 7, 7 (2): 19-23, 1984b.
____, Taller El Paciente Suicida, México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1984b.
____, "Alcances y limitaciones de la enseñanza de la ética médica", *Revista de la Facultad de Medicina*, 9 (11-12): 393-440, 1986a.
____, *Memorias del Seminario Aspectos Psicosociales de la Sexualidad,* Palacio de la Antigua Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1986b.
____, "Historia clínica codificada para la sexualidad femenina, HCCSF", *Ginecología y Obstetricia de México,* octubre, 55: 277-287, 1987.
____, "La agresión y la conducta suicida", en M. Souza y M., *Educación en salud mental para maestros,* México, El Manual Moderno, 1988a.
____, "Avances en la exploración clínica de la sexualidad femenina", *Revista de la Facultad de Medicina,* mayo-junio, 31: 361-368, 1988b.
____, *Educación en salud mental para maestros,* México, Manual Moderno, 1988c.
____, *Alcoholismo: Conceptos básicos,* México, Manual Moderno, 1988d.
____, "A propósito de la televisión y la salud mental", *Revista de la Facultad de Medicina,* septiembre-octubre, 32 (5): 181-256, 1989a.
____, "Atención primaria a la salud y aspectos preventivos del alcoholismo", *Revista de la Facultad de Medicina,* UNAM, vol. 32, núm. 3, mayo-junio, 81-124, 1989.
____, "El médico general y los problemas clínico-terapéuticos del alcoholismo", *Revista de la Facultad de Medicina,* enero-febrero, 33 (1): 13-27, 1990a.
____, "El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo", *Revista de la Facultad de Medicina,* mayo-junio, 33: 3: 15-26, 1990b.
____, "Psique, conflicto y pareja", I Jornadas de Psicoanálisis, Psicología y Psiquiatría, Instituto Mexicano de Psicoanálisis y Círculo de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica de la Ciudad de Veracruz, 1994a.
____, "Psique, conflicto y pareja", *Gaceta de la Universidad Veracruzana,* octubre, 22: 35-38, 1994b.
____, *Dinámica y evolución de la vida en pareja,* México, El Manual Moderno, 1996a.
____, "Principios generales de psicoterapia: Un lugar en la terapéutica por derecho propio", I Simposium de Patología Psiquiátrica del Gobierno del Estado de Tamaulipas, Secretaría Estatal de Salud, Universidad Autónoma del Estado de Tamaulipas y Hospital General de Ciudad Victoria, 1996b.

_____, “I Simposio CIJ-IMSS de Diagnóstico y Tratamiento de Adicciones”, Departamento de Detección Temprana y Seguimiento, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1997a.
_____, “Sociedad, enajenación y adicciones”, ponencia presentada al simposio Adicciones, Temas y Reflexiones de la II Reunión Nacional de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, Oaxaca, 2-6 de septiembre, 1997b.
_____, “Enseñanza e investigación en adicciones en la ciudad de México”, *Psiquiatría,* 2a. época, 14 (3): 100-106, 1998a.
_____, “Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCCPA”, *Psiquiatría,* enero-abril, 14 (1): 13-25, 1998b.
_____, “Programa de Operación de la Dirección de Enseñanza e Investigación 1988”, en *Programa de Prevención y Control de las Adicciones de la Ciudad de México,* Gobierno de la Ciudad de México, FINCA, Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, México, 1998c.
_____, “Asimetría cerebral maduracional y conducta. Comentario al artículo de M. Gerez, A. Tello, C. Serrano, R. Ibarra y A. Malet, ‘¿Puede la asimetría de maduración cerebral afectar la conducta?’ ”, III Reunión Ordinaria 1999 del Colegio Mexicano de Psicoterapia, A. C., Hacienda Vista Hermosa, Tequesquitengo, 3-5 de septiembre, 1999a.
_____, “Aspectos psicodinámicos del recidivismo de la violencia sexual y los agresores sexuales. Generalidades para su manejo”, *Anuario del Instituto Mexicano de Psicoanálisis , A. C. 1977-1999,* México, 1999b.
_____, “Posibilidades y limitaciones de la estrategia de tratamiento de las adicciones”, conferencia magistral, ciclo de conferencias ¡El Futuro es Nuestro! La Droga es Muerte, *Ocho Columnas*, Guadalajara, 16 de octubre: 13-16, 1999c.
_____, “Realidad clínica de la violencia sexual”, *Anuario del Instituto Mexicano de Psicoanálisis , A. C. 1977-1999,* México, 1999d.
_____, “Senescencia, sexualidad y sociedad”, conferencia magistral, Simposio Sexualidad en la Vejez, I Simposio Internacional de la Asociación Mexiquense de Gerontogeriatría, A. C., Tlalnepantla de Baz, Estado de México, agosto 20-22, 1999e.
_____, *Violencia sexual y psicotrópicos,* Subdirección de Investigación y Enseñanza en Adicciones, FINCA, Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, México, 1999f.
_____, *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina,* México, Trillas, 2000a.
_____, “Craving, adicción etílica y terapéutica”, *Archivos de Neurociencias*, diciembre, 5 (4): 201-204, 2000b.

____, "Craving, psicoterapia y reinserción social del paciente adicto", simposium Bases Neurobiológicas de las Adicciones, IV Congreso Regional de la Zona Norte, Asociación Psiquiátrica Mexicana , A. C., y I Congreso Regional de la Asociación Psiquiátrica del Noreste, A. C., Nuestro Camino al Sincretismo, Monterrey, 2000c.

____, "La deficiencia formativa del personal de salud en la terapéutica de las adicciones", *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social,* 8: 99-106, 2000d.

____, *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos,* México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000e.

____, "El personal de salud y el manejo de los síndromes adictivos", *Liber@ddictus,* núm. 30: 21-23, 2000f.

____, "Principales diferencias nosográficas DSM-IV/CIE-10 en trastornos por consumo de sustancias y trastornos sexuales", *Memorias del Curso Taller Clasificaciones de Enfermedades Mentales ICD-10 y DSM-IV,* VIII Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española-I Reunión Anual del Consejo Académico de Postgrado en Salud de la Universidad La Salle-Reunión 2-2000 del Colegio Mexicano de Psicoterapia , A. C.-II Congreso Anual del Instituto Mexicano de Psicoterapia, A. C., Cuernavaca, 2000g.

____, Profesionalización de la terapéutica antiadictiva y psicoterapia psicoanalíticamente orientada, X Curso de Actualización en Adicciones para Personal de Salud (Niños de la Calle), FINCA-CASA ALIANZA, 2000h.

____, "Sociedad y enajenación: Adicciones", en M. Souza y M., *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos,* México, Ciencia y Cultura Latinoamérica, 2000g.

____, "Educación en salud sexual para personal de la salud", Programa de Actualización Continua, Asociación Psiquiatría Mexicana, A. C., México, 2001a.

____, "La educación sexual y el profesional de la salud", Programa de Actualización Continua, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., PAC, *Psiquiatría,* 3, libro 12: 1-105, 2001b.

____, "Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones", simposio Panorama Actual, Políticas y Procedimientos Clínico-Terapéuticos de las Adicciones, XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, Cancún, 16-20 de noviembre, 2001c.

____, "El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones", *Revista Mexicana de Neurociencia,* 2 (1): 25-27, diciembre-febrero, 2001d.

____, *Violencia sexual y psicotrópicos,* México, Manual Moderno, 2001e.

____, Curso básico de adicciones, Centros de Integración Juvenil, A. C., Instituto de Asistencia e Integración Social, IASIS, Gobierno del Distrito

Federal, México, 11-15 de noviembre, 2002a.
_____, "Comorbilidad psiquiátrica de la epilepsia, I parte, Evaluación y diagnostico", *Psiquiatría,* 2a. época, mayo-agosto, 18 (2): 90-100, 2002b.
_____, "Comorbilidad psiquiátrica de la epilepsia, II parte, Consideraciones terapéuticas", *Psiquiatría,* 2a. época, septiembre-diciembre, 18 (3): 146-156, 2002c.
_____, *Educación en salud sexual integral,* México, Trillas, 2002d.
_____, Psicoterapia Psicodinámica de las Adicciones. Evento Académico en Memoria del Dr. Erich Fromm, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, México, 29-30 de noviembre, 2002e.
_____, "Menopausia y comorbilidad psiquiátrica", *Revista Mexicana de Neurociencia,* mayo-junio 3 (3): 149-152, 2002f.
_____, "Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones", simposio Psiquiatría de Enlace y Adicciones, XVIII Congreso Nacional, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Salud Mental: Retos y Perspectivas, Monterrey, 12-16 de septiembre, 2003a.
_____, "Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones", *Revista Mexicana de Neurociencia*, septiembre-octubre, 4 (5): 326-330, 2003b.
_____, "Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones", *Psiquiatría,* 2a. época, septiembre-diciembre, 19 (3): 16-19, 2003c.
_____, "Educación, salud y adicciones", *Revista Mexicana de Neurociencia*, marzoabril, 4 (2): 91-93, 2003d.
_____, "Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones", México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2003e.
_____, "Por una psiquiatría de las adicciones", *Revista Mexicana de Neurociencia*, 4 (4): 206-208, 2003f.
_____, "Programa general de operación de la Clínica Hacienda San Dionisio", tratamiento de adicciones, San Dionisio Ocotlán, Oaxaca, 2003g.
_____, "Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa", Dirección General de la Clínica Hacienda San Dionisio, tratamiento de adicciones, San Dionisio Ocotlán, Oaxaca, 2003h.
_____, "Adicciones, psicopatología y psicoterapia", *Revista Mexicana de Neurociencia*, 5 (1): 57-69, 2004a.
_____, "Análisis observacional de la constelación adicto-terapéutica", simposio Personalidad y Adicciones, sección académica de Farmacodependencia y Alcoholismo, Congreso Regional Vicepresidencia Noroeste, Trastornos de la Personalidad y su Comorbilidad, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., San Carlos, Sonora, 3-6 de junio, 2004b.

____, “Desarrollo psicosexual y educación sexual”, *Ginecología y Obstetricia de México,* septiembre, 72: 475-486, 2004c.
____, “Del desengaño a la esperanza”, palabras para la presentación del libro de A. Escamilla, *Del divorcio al “rematrimonio”*, México, Pax, 2004d.
____, *Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004e.
____, “Modelos profesionales de tratamiento”, FISAC, Fundación de Investigaciones Sociales , A. C., *Modelos de tratamiento para el alcoholismo, Cuadernos FISAC,* pp. 25-46, 2004f.
____, “Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones”, México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005a.
____, “Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones”, *Revista Mexicana de Neurociencia,* enero-febrero, 6 (1): 52-66, 2005b.
____, *Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005c.
____, “Nosología y propedéutica de los programas antiadictivos”, *Revista Mexicana de Neurociencia,* marzo-abril, 6 (2): 166-179, 2005d.
____, “Personalidad y adicciones”, *Revista Mexicana de Neurociencia,* julio-agosto, 6 (4): 336-345, 2005e.
____, “Profesionalización de la terapéutica antiadictiva”, simposio Nuevas Estrategias de Abordaje de las Adicciones, XIX Congreso Nacional, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., Fortaleciendo Lazos Abriendo Horizontes, La Psiquiatría y sus Vínculos como Especialidad Médica, Los Cabos, 29 de octubre-2 de noviembre, 2005f.
____, “Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa”, *Psiquiatría,* 2a. época, enero-abril, 21 (1): 25-37, 2005g.
____, “Suicidio y adicciones: Un problema de salud pública”, ponencia presentada a la LIX Reunión Anual Salud Pública: Hacia la Construcción de una Nueva Agenda Nacional de Salud, Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C., Villahermosa, 21-26 de noviembre, 2005h.
____, “Imagenología, neurociencia y adicciones”, *Revista Mexicana de Neurociencia,* 7 (4), 278-281, 2006a.
____, *Imagenología, neurociencias y adicciones,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006a.
____, *Instrumentos codificados de diagnóstico y tratamiento en adicciones,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006b.

_____, "Lenguaje social y terminología en adicciones", conferencia magistral, El Papel de la Terminología en Adicciones, Congreso Internacional sobre Adicciones, Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 4-8 de diciembre, 2006c.
_____, "Mass media y psicopatología: Violencia, sexo y drogas", *Revista Mexicana de Neurociencia,* julio-agosto, 7 (4): 340-349, 2006d.
_____, *Adicciones, clínica y terapéutica,* México, Alfil, 2007a.
_____, "Psiquiatría de las adicciones y la profesionalización de la terapéutica antiadictiva", simposio Centros de Integración Juvenil, A. C., Retos Actuales en la Atención Profesional de las Adicciones, XX Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C., Psiquiatría: Compromiso Social, Mérida, 16-19 de noviembre, 2007b.
_____, "La salud mental y el adulto", editorial, *Revista Mexicana de Neurociencia*, mayo-junio, 8 (3): 218-221, 2007c.
_____, "Sexualidad femenina y epilepsia", comentario realizado en la presentación del libro de D. Vasconcelos y Bernardo Boleaga, *Porque tienes epilepsia: Consideraciones clínicas,* Mason-Doyma México/Academia Nacional de Medicina de México, México, 7 de abril, 2007d.
_____, *Sobre los enfoques etiopatogénicos de las adicciones,* México, México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2007f.
_____, "Trastorno por consumo de sustancias y su comorbilidad depresiva", *Revista Mexicana de Neurociencia,* enero-febrero (1), 2007g.
_____, *Acerca de la comorbilidad en adicciones,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2007h.
_____, "Diagnóstico y tratamiento de los síndromes de intoxicación y abstinencia de mariguana", curso interanual Temas selectos de padecimientos en la comunidad universitaria, UNAM, México, 2-6 de julio, 2007i.
_____, "Adicciones, nosología y terapéutica", *Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica,* vol. 9: 96, parte 3, marzo, 2008a.
_____, *Nosografía y manejo de los trastornos por consumo de cocaína y su comorbilidad,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2008b.
_____, Seminario de rehabilitación en adicciones, maestría en psicoterapia de las adicciones, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP, México, 25 de mayo, 2008c.
_____, Curso Introducción a las adicciones, maestría en psicoterapia de las adicciones, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP, México, 2009.
_____, "Obstáculos y recomendaciones para el tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos", *Revista Mexicana de Neurociencia,* 10

(5): 350-359, 2009b.
____, Curso de actualización El manejo profesional integral de las adicciones, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, noviembre/febrero, 2010.
Souza y Machorro, Mario, y M. D. L. Cruz, *Programa de tratamiento a mujeres gestantes consumidoras de sustancias,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2007a.
____, *Programa de tratamiento de ancianos con consumo de sustancias,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2007b.
____, "Trastorno por consumo de sustancias y su comorbilidad depresiva", *Revista Mexicana de Neurociencia,* enero-febrero, 8 (1): 67-70, 2007b.
____, *Bebidas "energizantes", educación social y salud,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2007c.
Souza y Machorro, Mario, *Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso/adicción de psicotrópicos,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centro de Integración Juvenil, A. C., 2008a.
____, *Aspectos nosográficos y terapéuticos del alcoholismo y la patología alcohólica,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2008b.
____, "Vejez, fisiopatología y consumo de sustancias", *Revista Mexicana de Neurociencia,* enero-febrero 9 (1): 20-30, 2008c.
Souza y Machorro, Mario, M. D. L. Cruz, S. L. Díaz Barriga y C. V. M. Guisa, *Acerca de los criterios rectores de la terapéutica antiadictiva,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006.
____, "Toxicología y manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos", *Revista Mexicana de Neurociencia,* marzo-abril, 8 (2): 170-188, 2007.
Souza y Machorro, Mario y S. L. Díaz Barriga, "Actualización médica y tecnología comunicacional", *Revista CIJ,* octubre-noviembre, 3, 9: 77-78, 1997a.
____, "Nosología psiquiátrica, ¿DSM-IV o CIE-10?", *Revista CIJ,* 8: 85-87, 1997b.
Souza y Machorro, Mario, L. S. Díaz Barriga y C. V. M. Guisa, *Adicciones: Neuroquímica y terapéutica,* México, Subdirección de Hospitalizacion y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2004a.
____, "Adicciones: Neuroquímica y terapéutica", *Revista Mexicana de Neurociencia,* noviembre-diciembre, 5 (6): 619-634, 2004b.
____, *Aspectos nosográficos, entrevista y elementos técnicos para el abordaje clínico en adicciones,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005.

____, "Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva", *Revista Mexicana de Neurociencia,* septiembre-octubre, 6 (5): 411-425, 2005a.
____, "TDAH y su comorbilidad adictiva", *Revista Mexicana de Neurociencia,* mayo-junio, 6 (3): 227-244, 2005b.
____, *Criterios derivativos para la referencia y tratamiento de abusadores/adictos a psicotrópicos,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006a.
____, *Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006b.
Souza y Machorro, Mario, L. S. Díaz Barriga y C. V. M. Guisa, *Terapéutica sustitutiva con buprenorfina para abusadores/adictos a opiáceos,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006c.
____, *Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso/adicción de psicotrópicos,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centro de Integración Juvenil, A. C., 2007a.
Souza y Machorro, Mario, C. V. Guisa y S. L. Díaz Barriga, "Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva", *Revista Mexicana de Neurociencia*, julio-agosto, 4 (4): 206-208, 2005.
Souza y Machorro, Mario, C. V. Guisa, S. L. Díaz Barriga y H. R. Sánchez, *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos,* México, Centros de Integración Juvenil, A. C., 1997.
Souza y Machorro, Mario, A. J. Martínez, M. J. Martínez y C. G. Mercado, "Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo", *Psiquiatría,* 2a. época, enero-abril, 15 (1): 12-19, 1999.
Souza y Machorro, Mario, A. J. Martínez, M. J. Martínez, C. G. Mercado y O. I. Tagle, "Craving, adicción etílica y terapéutica", *Archivos de Neurociencias,* diciembre, 5 (4): 201-204, 2000.
____, "Discrepancia psicoanalítico-psiquiátrica en cuanto al concepto de homosexualidad y su impacto en la educación sexual del profesional de la salud", *Psiquiatría*, 2a. época, enero-abril, 17 (1): 32-39, 2001.
Souza y Machorro, Mario, C. G. Mercado, A. J. Martínez, T. A. Arciniega, R. L. Solís, M. C. J. Aparicio, S. G. L. Basilio, O. I. Tagle, M. J. Martínez, R. M. Palacios y V. M. Domínguez, *Paquete de material educativo para la capacitación en adicciones del personal de salud,* México, Subdirección de Investigación y Adicciones, FINCA, Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Distrito Federal, 2000.
Souza y Machorro, Mario, A. J. Mestas, T. F. Turull y A. J. Cárdenas, "Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo (HCPCA). Una aportación al

manejo asistencial del alcoholismo", *Salud Pública de México*, 7: 291-307, 1985.
Souza y Machorro, Mario, M. C. Montero, A. J. Cárdenas y J. L. Domínguez, "Historia clínica codificada para la sexualidad femenina", *Ginecología y Obstetricia de México,* 55: 227-287, 1987.
Souza y Machorro, Mario, G. A. Prado y B. A. Vélez, *Modelo terapéutico para pacientes con problemas de consumo de psicotrópicos en grandes urbes latinoamericanas,* México, Subdirección de Investigación y Enseñanza en Adicciones, FINCA, Fideicomiso para los Institutos de Niños de la Calle y las Adicciones, Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, 1999.
Souza y Machorro, Mario, B. E. M. Quijano, S. L. Díaz Barriga, C. V. M. Guisa, A. S. Lorenzo y R. R. Gaucín, "Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones: Una aportación", *Psiquiatría,* enero-abril, 2, 14 (1): 13-25, 1998.
Souza y Machorro, Mario, B. E. M. Quijano, R. R. Romero, P. F. Arroyo y B. J. Quintanilla, *Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud,* México, Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, Centros de Integración Juvenil, A. C., 2006.
Souza y Machorro, Mario, B. E., M. Quijano, R. R. Romero, P. F. Arroyo y B. J. Quintanilla, "Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud", *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2005.
Souza y Machorro, Mario, B. E., M. Quijano, R. R. Romero, P. F. Arroyo, R. L. García, B. J. Quintanilla, S. L. Díaz Barriga y C. V. M. Guisa, "Residencia diurna: Una alternativa clínica para pacientes abusadores/adictos a psicotrópicos", *Revista Mexicana de Neurociencia*, julio-agosto, 7 (4): 308-324, 2006.
Souza y Machorro, Mario, B. E. M. Quijano, S. L. Díaz Barriga, C. V. M. Guisa, A. S. Lorenzo y R. R. Gaucín, "Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones, HCCPA", *Psiquiatría,* 14 (1): 13-25, 1998.
Souza y Machorro, Mario, B. J. Quintanilla, S. L. Díaz Barriga y C. V. M. Guisa, "Etiopatogenia y psicopatología del consumo etílico infantojuvenil", *Revista Mexicana de Neurociencia*, mayo-junio, 6 (3): 257-270, 2005.
Souza y Machorro, Mario y G. G. Rochín, "Violencia sexual: Revictimación, recidivismo y pautas para su manejo", *Psiquiatría,* 2a. época, mayo-agosto, 15 (2): 28-33, 1999.
Souza y Machorro, Mario, T. F. Turull y A. J. Cárdenas, "Los enfoques sociomédicos del alcoholismo y los modelos de abordaje de la problemática del consumo del alcohol", *Revista de la Facultad de Medicina,* año 27 (11): 11-17, 1984.
Souza-Formigoni, M. L. y L. R. De Boerngen, "Combining Alcohol And Red Bull® Reduces the 'Perception' of Impairment — Alcohol's Harmful Effects

On Motor Coordination, However, Remain Intact", *Alcoholism, Clinical & Experimental Research,* 2006.
Spanaki, M. V., G. Zubal, J. MacMullan y S. S. Spencer, "Parietal SPECT Localization Verified by Simultaneous Intracranial EEG", *Epilepsia,* 40 (3): 267-274, 1999.
Sperry K., "Tattoos and Tattooing, Part I: Gross Pathology, Histopathology, Medical Complications and Applications", *American Journal of Forensic Medicine and Pathology,* 13 (1): 7-17, 1992.
Spivey, W. H., "Flumazenil and Seizures: Analysis of 43 Cases", *Clinical Therapeutics,* 14: 978-986, 1992.
Spooner, C., J. Howard y R. Mattick, *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project,* New South Wales, Australia, National Drug and Alcohol Research Centre, 1996.
SSA, Secretaría de Salud, "Programa de Prevención y Control de las Adicciones de la Ciudad de México", México, 1998.
____, Consejo Nacional contra las Adicciones, *El consumo de drogas en México,* México, 1999.
____, *Informe anual salud 2001-2005. Índice de desempeño para 2005 del Programa de Prevención y Control de las Adicciones,* México, 2006.
____, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema único de Información, Epidemiología, semana 26, del 26 de junio al 2 de julio, 26 (22): 16-19, 2005.
Stahl, Stephen M., *Essential Psychopharmacology,* Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
____, "Basic Psychopharmacology of Antidepressants (Part 2): Estrogen as an Adjunct to Antidepressant Treatment", *Journal of Clinical Psychiatry,* 59, supl. 4: 15-24, 1998.
Stahl, S. M. (comp.), *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications,* Cambridge, Cambridge University Press, 2a. ed., 2005.
Stanger, C., S. Higgings, W. Bickel, R. Elk, J. Grabowski y J. Schmitz, "Behavioral and Emotional Problems among Children of Cocaine- and Opiate-Dependent Parents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 38 (4): 421-428, 1999.
Stanley, B., M. J. Gameroff, B. A. Michalsen y J. J. Mann, "Are Suicide Attempters who Self-Mutilate a Unique Population?", *The American Journal of Psychiatry,* 158: 427-432, 2001.
Stanley, M. A., D. R. Hopko, G. J. Diefenbach, S. L. Bourland, H. Rodríguez y P. Wagener, "Cognitive-Behavior Therapy for Late-Life Generalized Anxiety Disorder in Primary Care", *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 11: 92-96, 2003.

Steer, R. A., M. Willman, P. A. J. Kay y A. T. Beck, “Differentiating Elderly Medical and Psychiatric Outpatients with the Beck Anxiety Inventory”, *Assessment*, 1: 345-351, 1994.
Stein, B. y J. Fagan, “Adolescent Sexuality”, en S. E. Carpenter y J. A. Rock (comps.), *Pediatric and Adolescent Gynecology,* Nueva York, Raven, pp. 231-240, 1998.
Stein, E. y U. Schukulenk, “Scientific Research on Sexual Orientation”, en Ruth Chadwick (comp.), *Encyclopedia of Applied Ethics,* San Diego, Academic Press, 1997.
Stein, J. A., M. D. Newcomb y P. M. Bentler, “Psychosocial Correlates and Predictors of AIDS Risk Behaviors, Abortion, and Drug Use Among a Community Sample, of Young Adult Women”, *Journal of Health Psychology,* julio, 13 (4): 308-318, 1994.
Stein, M. B., L. J. Torgrud y J. R. Walker, “Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity”, *Archives of General Psychiatry,* 57: 1046-1052, 2000.
Stein, R., “A New Look at the Theory of Melanie Klein”, *International Journal of Psychoanalysis,* 71, parte 3: 499-511, 1990.
Steinhausen, H. C., “Children of Alcoholic Parents, A Review”, *European Child & Adolescent Psychiatry,* julio, 4 (3): 143-152, 1995.
Steinhausen, H. C., D. Gobel y V. Nestler, “Psychopathology in the Offspring of Alcoholic Parents”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23: 465-471, 1984.
Steinhausen, H. C., J. Willms y H. L. Spohr, “Long-term Psychopathological and Cognitive Outcome of Children with Fetal Alcohol Syndrome”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 32: 990-994, 1993.
Stephanie, S. y N. Costas, *Research in Addiction: An Update,* Psychiatry in Progress Series, vol. 2, Berna, Hogrefe and Huber Publishers, 1995.
Stephens, M. B., “Behavioral Risks Associated with Tattooing”, *Family Medicine*, 35: 52-54, 2003.
Steven, E. y M. D. Hyman, “Addiction: A Disease of Learning and Memory”, *The American Journal of Psychiatry,* agosto, 162: 1414-1422, 2005.
Stewart, C., “Body Piercing: Dangerous Decoration?”, *Emergency Medicine Journal,* 32: 92-98, 2000.
Stiles, W. B., M. J. Glick, K. Osatuke, G. E. Hardy, D. A. Shapiro, R. Agnew-Davies, A. Rees y M. Barkham, “Patterns of Alliance Development and the Rupture-Repair Hypothesis: Are Productive Relationships U-shaped or V-shaped?”, *Journal of Counseling Psychology* (51): 81-92, 2004.
Stirn, A., “Body Piercing — Medical Consequences and Psychological Motivations”, *Lancet,* 361: 1205-1215, 2003.
Stirna, T. A., A. Hinzb y E. Brihlerb, “Prevalence of Tattooing and Body Piercing in Germany and Perception of Health, Mental Disorders, and Sensation

Seeking Among Tattooed and Body-Pierced Individuals", *Journal of Psychosomatic Research,* 60: 531-534, 2006.

Stockell, T., G. Hodgson, G. Edwards, C. Taylor y H. Rankin, "Developmental Question to Measure Severity of Alcohol Dependence", *British Journal of Addiction,* 74: 79-87, 1979.

Stoller, R. J., *Perversions and Near Perversions in Clinical Practice,* New Haven, Yale University Press, 1991.

Stork, B., "Medical Complications of Modern Art: What you Need to Know About Body Piercing", *Advance for Nurse Practitioners,* www.advanceforNP.com, 2002.

Strain, E. C. *et al.,* "Moderate-vs High-dose Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Randomized Trial", *Journal of the American Medical Association,* 281 (11): 1000-1005, 1999.

Strunin, L. y R. Hingson, "Alcohol, Drugs, and Adolescent Sexual Behavior", *International Journal of the Addictions,* 27 (2): 129-146, 1998.

Strupp, H. H., "On the Basic Ingredients of Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (41): 1, 1973.

Stuart, H. y J. Arboleda-Flórez, "Community Attitudes Toward People with Schizophrenia", *Canadian Journal of Psychiatry*, 46: 245-252, 2001.

Stuppy, D. J., M. L. Armstrong y C. Casals-Ariet, "Attitudes of Health Care Providers and Students Towards Tattooed People", *Journal of Advanced Nursing,* 27: 1165–1170, 1998.

Sullivan, J. M. y L. P. Fowlkes, "Estrogens, Menopause, and Coronary Artery Disease", *Clinical Cardiology,* febrero, 14 (1): 105-116, 1996.

Sullivan, J. T., K. Sykora, J. Schneiderman, C. A. Naranjo y E. M. Sellers, "Assessmente of Alcohol Withdrawal: The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-AR)", *British Journal of Addiction,* 84: 1353-1357, 1989.

Sünram-Lea, S. I., J. K. Foster y P. Durlach, "Glucose Facilitation of Cognitive Performance in Healthy Young Adults: Examination of the Influence of Fast-duration, Time of Day and Pre-consumption Plasma Glucose Levels", *Psychopharmacology*, 157: 46-54, 2001.

Sünram-Lea, S. I., J. K. Foster, P. Durlach y C. Pérez, "Investigation into the Significance of Task Difficulty and Divided Allocation of Resources on the Glucose Memory Facilitation Effect", *Psychopharmacology,* 160: 387-397, 2002.

Sussman, N., "Toward an Understanding of the Symptomology and Treatment of Generalized Anxiety Disorder", *Primary Psychiatry,* 4: 68-81, 1997.

Swales, P. J., J. F. Solfvin y J. I. Sheikh, "Cognitive-Behavioral Therapy in Older Panic Disorder Patients", *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 4: 46-60, 1996.

Swendsen, J. D. y K. R. Merikangas, “The Comorbidity of Depression and Substance Use Disorders”, *Clinical Psychology Review,* 20: 173-189, 2000.

Swiatkiewicz, G., “Challenging the Traditional Treatment Divisions in Poland”, *Addiction,* noviembre, 97 (11): 1487, 2002.

Swick, H. M., “Toward a Normative Definition of Medical Professionalism”, *Academic Medicine,* 75: 612-616, 2000.

Swing, J. A., “Detecting Alcoholism; The CAGE Questionnaire”, *Journal of the American Medical Association,* 252: 1905-1907, 1984.

Szewczyk, M. y S. A. Chennault, “Depression and Related Disorders”, *Primary Care Clinic in Office Practice,* marzo, 24 (1): 83-103, 1997.

Tabak, N. y O. T. Ben, “Legal and Medical Nursing Aspects of Documentation, Recording and Reporting”, *Medical Law Review:* 275-282, 14, 1995.

Tagle, O. I., C. G. Mercado, A. J. Martínez, M. J. Martínez y M. Souza y M., “Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones”, *Psiquiatría,* 16 (3): 110-116, 2000.

Tanney, B. L., “Mental Disorders, Psychiatric Patients, and Suicide”, en R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger y R. I. Yufit (comps.), *Assessment and Prediction of Suicide,* Nueva York, Gilford Press, pp. 277-320, 1992.

Tansey, M. A., “Brainwave Signatures: An Index Reflective of the Brains Functional Neuroanatomy. Further Findings on the Effects of EEG Sensorimotor Rhythm Feedback Training on the Neurologic Precursors of Learning Disabilities”, *International Journal of Psychophysiology*: 91-97, 4, 1985.

____, “Righting the Rhythm of Reason: EEG Biofeedback Training as a Therapeutic Modality in a Clinical Office Setting”, *Medical Psychotherapy: An International Journal,* 3: 57-68, 1990.

____, “Ten-year Stability of EEG Biofeedback Results for a Hyperactive Boy who Failed Fourth Grade Perceptually Impaired Class”, *Biofeedback & Self-Regulation,* 18, 33-44, 1993.

Tansey, M. A., “ Wechsler (WISC-R) Changes Following Treatment of Learning Disabilities Via EEG Biofeedback Training in a Private Practice Setting”, *Australian Journal of Psychology,* 43 (3): 147-153, 1991.

Tanskanen, A., J. Tuoilehto y H. Viinamaki, “Nightmares as Predictors of Suicide”, *Sleep,* 24: 844-847, 2001.

Tarter, R. E. y K. Edwards, “Psychological Factors Associated with the Risk for Alcoholism”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12: 471-480, 1988.

Tataru, N., “Mental Health Services for the Elderly in Central and Eastern European Countries”, ponencia presentada a la IPA Regional European Meeting, Ginebra, abril, 2003.

Taylor, E., *El niño hiperactivo,* Barcelona, Martínez Roca, 1991.

Teets, M., "The Incidence and Experience of Rape Among Chemically Dependent Women", *Journal of Psychoactive Drugs,* octubre-diciembre, 29 (4): 331-336, 1997.
Teijeiro, R., "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDA/H en adultos. Diagnóstico y tratamiento", *Interpsiquis,* 2003.
Tenenbaum, A., E. Z. Fisman y M. Motro, "L-Arginine: Rediscovery in Progress", *Cardiology,* 90: 153-159, 1998.
Ter Braak, E. M., "Sexual Violence Observed in Family Practice", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde,* diciembre, 12, 136 (50): 2467-2471, 1992.
Thall, P. F., R. E. Millikan y H. E. Sung, "Evaluating Multiple Treatment Courses in Clinical Trials", *Statistics in Medicine,* 19: 1011-1028, 2000.
Thara, R. y T. N. Srinivasan, "How Stigmatizing is Schizophrenia in India?" *International Journal of Social Psychiatry*, 46: 135-141, 2000.
Thase, M. E. y D. J. Kupfer, "Characteristics of Treatment-Resistant Depression", en J. Zohar y R. H. Belmaker (comps.), *Treating Resistant Depression,* Nueva York, PMA, 1987.
Theido, K., "Taking a Hit: Pregnant Drugs Users and Violence", *Contemporary Drug Problems,* invierno, (22): 663-686, 1995.
Thomas, M. J., C. Beurrier, A. Bonci y R. C. Malenka, "Long-term Depression in the Nucleus Accumbens: A Neural Correlate of Behavioral Sensitization to Cocaine", *Nature Neuroscience,* 4: 1217-1223, 2001.
Thompson, W. y J. C. H. McDonald, "Self-Tattooing by School Children", *Lancet,* 2: 1243-1244, 1983.
Tiefer, L., "Three Crises Facing Sexology", *Archives of Sexual Behavior,* 23 (4): 361, 1994.
Tiet, Q. Q., M. A. Ilgen, H. F. Byrnes y R. H. Moos, "Suicide Attempts Among Substance Use Disorder Patients: An Initial Step toward a Decision Tree for Suicide Management", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, junio, 30 (6): 998-1005, 2006.
Tiet, Q. Q., J. W. Finney y R. H. Moss, "Recent Sexual Abuse, Physical Abuse, and Suicide Attempts Among Male Veterans Seeking Psychiatric Treatment", *Psychiatric Services,* enero, 57 (1): 107-113, 2006.
Tiffany, S., E. Singleton, C. Haertzen e I. Henningfield, "The Development of a Cocaine Craving Questionnaire", *Drug and Alcohol Dependence*, 34: 19-28, 1993.
Tollefson, G. D., A. H. Rampey, J. H. Potvin, M. A. Jenike, A. J. Rush, R. A. Domínguez *et al.,* "A Multicenter Investigation of Fixed-dose Fluoxetine in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder", *Archives of General Psychiatry,* 51: 559-567, 1994.
Tomkins, D. M. y E. M. Sellers, "Addiction and the Brain: The Role of Neurotransmitters in the Cause and Treatment of Drug Dependence", *Canadian Medical Association Journal,* marzo, 164 (6): 20-38, 2001.

Tondo, L. y N. Rudas, “The Course of a Seasonal Bipolar Disorder Influenced by Caffeine”, *Journal of Affective Disorders*, 22: 249-251, 1991.
Torgersen, S., “Genetic Factors in Anxiety Disorders”, *Archives of General Psychiatry,* 40: 1085-1089, 1983.
Tormey, W. P. y A. Bruzzi, “Acute Psychosis Due to the Interaction of Legal Compounds Ephedra Alkaloids in ‘Vigueur Fit’ Tablets, Caffeine in ‘Red Bull’ and Alcohol”, *Medicine, Science and the Law*, 41 (4): 331-336, 2001.
Torrens, M., D. Serrano, M. Astals, G. Pérez-Domínguez y R. Martín-Santos, “Diagnosing Psychiatric Research Interview for Sustance and Mental Disorders (PRISM-IV) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV)”, *The American Journal of Psychiatry,* 161: 1231-1237, 2004.
Torrey, W. C., R. E. Drake, M. Cohen, L. B. Fox, D. Lynde, P. Gorman y P. Wyzik, “The Challenge of Implementing and Sustaining Integrated Dual Disorders Treatment Programs”, *Community Mental Health Journal,* diciembre, 38 (6): 507-521, 2002.
Torrey, W. C., K. T. Mueser y G. H. McHugo, “Self-Esteem as an Outcome Measure in Studies of Vocational Rehabilitation for Adults With Severe Mental Illness”, *Psychiatric Services,* 51: 229-233, 2000.
Toubro, S., A. Astrup, L. Breum y F. Quaade, “The Acute and Chronic Effects of Ephedrine/Caffeine Mixtures on Energy Expenditure and Glucose Metabolism in Humans”, *International Journal of Obesity,* 17, supl. 3: 73-77, 1993.
Tracey, S. A., B. F. Chorpita, J. Douban *et al.,* “Empirical Evaluation of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder Criteria in Children and Adolescents”, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health,* 26: 404-414, 1997.
Travella, J., “Síndrome de atención dispersa, hiperactividad e impulsividad en pacientes adultos (ADHD)”, *Alcmeon,* 10 (2): 5, 2001.
Tsai, G., D. R. Gastfriend y J. T. Coyle, “The Glutamatergic Basis of Human Alcoholism”, *The American Journal of Psychiatry,* 152: 332, 1995.
Tsuang, M. T., M. J. Lyons, S. A. Eisen, J. Goldberg, W. True y N. Lin, “Genetic Influences on DSM-III-R Drug Abuse and Dependence: A Study of 3 372 Twin Pairs”, *American Journal of Medical Genetics,* 67 (5): 473-477, 1996.
Tuirán, R., “Familia y valores: Cambios y arraigos tradicionales”, *DEMOS,* 8: 30-31, 1995.
Tuttman, S., “Protecting the Therapeutic Alliance in this Time of Changing Health-Care Delivery Systems”, *International Journal of Group Psychotherapy,* 47: 3-16, 1997.
Tweeten, S. S. y L. S. Rickman, “Infectious Complications of Body Piercing”, *Clinical Infectious Diseases,* 26: 735-740, 1998.
U. K. Health Department, *Models of Care for Substance Misuse Treatment. Promoting Quality, Efficiency and Effectiveness of Treatment Services,* Londres, 2002.

UNAIDS, *Community Mobilization and AIDS,* technical update, Ginebra, abril, 1997a.
____, *Mother to Child Transmission of HIV,* technical update, UNAIDS Best Practice Collection, Ginebra, 1997.
____, *AIDS and the Military,* Point of View, UNAIDS Best Practice Collection, Ginebra, 1998a.
____, *The Female Condom and AIDS,* point of view, UNAIDS Best Practice Collection, Ginebra, 1998b.
UNODC, *Reporte Mundial de Drogas,* Viena, 2005.
____, *World Drug Report 2007,* 2007.
Upadhyaya, H. P., K. T. Brady, G. Sethuraman, S. C. Sonne y R. Malcolm, "Venlafaxine Treatment of Patients with Comorbid Alcohol/Cocaine Abuse and ADHD: A Pilot Study", *Journal of Clinical Psychopharmacology,* 21 (1): 116-118, 2001.
Upadhyaya, A. K., Y. Conwell, P. R. Duberstein, D. Denning y C. Cox, "Attempted Suicide in Older Depressed Patients: Effect of Cognitive Functioning", *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 7: 317-320, 1999.
Urbaniok, T. F., J. Endrass, A. Rossegger y T. F. Noll, "Violent and Sexual Offences: A Validation of the Predictive Quality of the PCLSV in Switzerland", *International Journal of Law and Psychiatry,* marzo-abril, 30 (2): 147-152, 2007.
Urquiza, A. J. y B. L. Goolin-Jones, "Child Sexual Abuse and Adult Revictimization with Women of Color", *Violence and Victims,* otoño, 9 (3): 223-232, 1994.
U. S. Department of Health and Human Services, Preventive Services Task Force, *Guide to Clinical Preventive Services,* Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 114-116, 1995.
____, *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment,* Rockville, Treatment Center for Substance Abuse, Treatment Improvement Protocol Series 27, 1998.
U. S. Department of Health and Human Services, *The National Strategy for Suicide Prevention,* Washington, D. C., 2001.
____, *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity. A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General,* Rockville, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
US. Department of Health and Human Services, Government Printing Office, NON-P.H.S. "Educational Measurement. Health Personnel/Education. Human. Peru. Attitude of Health Personnel", Community Health Centers/Manpower, Comparative Study, Program Development/Standards, Program Evaluation, Support, 2002.
Uy, F. V., "Mental Health Care in the Primary Care Setting: A Paradigm Problem", *Families Systems Health,* 15: 3-26, 1997.

Valdés, S. N., "Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica", ponencia presentada al V Congreso Sudamericano de Investigación en Psicoterapia Empírica y III Encuentro Psicoterapéutico, Society for Psychotherapy Research; Comité de Psicoterapia de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Reñaca, Viña del Mar, 8-11 de agosto, 2002.

Valenzuela, C. F., "Alcohol and Neurotransmitter Interactions", *Alcohol Research & Health,* 21 (2): 144-148, 1997.

Vallejo-Nájera, *Ante la depresión,* Madrid, Luz, 1987.

Van den Bosch, L. M., R. Verheul, G. M. Schippers y W. Van den Brink, "Dialectical Behavior Therapy of Borderline Patients with and Without Substance Use Problems, Implementation and Long-term Effects", *Addictive Behaviors*, noviembre-diciembre, 27 (6): 911-923, 2002.

Van der Graaf, Y., M. J. de Kleijn e Y. T. Van der Schouw, "Menopause and Cardiovascular Disease", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,* junio, 18 (2): 113-120, 1997.

Van Dyke, C., "Pharmacogenetic Screening for Susceptibility to Fetal Malformations in Women", *Annals of Pharmacotherapy* 34: 639-645, 2000.

Van Heeringen, C. y J. Vincke, "Suicidal Acts and Ideation in Homosexual and Bisexual Young People: A Study of Prevalence and Risk Factors", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* noviembre, 35 (11): 494-499, 2000.

Van Luijk, S. J., "Assesing Profesional Behaviour and the Role of Academic Advice at the Maastricht Medical School", *Medical Teacher,* 22: 168-172, 2000.

Vanderschuren, L. J. y B. J. Everitt, "Drug Seeking Becomes Compulsive After Prolonged Cocaine Self-administration", *Science,* 305: 1017-1019, 2004.

Varcoe, C., *From Better than Nothing to Best Practices: A Background Paper on Best Practices in Health Care in Relation to Violence Against Women,* Victoria, Ministry Advisory Council on Women's Health, British Columbia Ministry of Health, 1998.

Velar, M. C., "Public Health Context of Women's Mental Health Research", *Psychiatric Clinics of North America,* 26: 781-799, 2003.

Velar, M. C., J. R. Depaulo y E. S. Gerson, "Women with Bipolar Disorder: Findings from the NIMH Genetics Initiative Simple", *Psychopharmacology Bulletin*, 34 (3): 239-243, 1998.

Velasco, F. R., *Alcoholismo. Visión integral,* México, Trillas, 1997.

Velasco, M. A., J. Serrano Molina y L. San Román, *Farmacología fundamental,* Madrid, McGraw-Hill Iberoamericana, 2003.

Venneman, J. A., "Effects of Thermal and EEG Biofeedback on Brainwave Synchrony", *Medical Psychotherapy: An International Journal,* 4: 61-69, 1991.

Vera-Gamboa, L., "Historia de la medicina", *Revista Biomédica,* abril-junio, 9 (2): 116-121, 1998.
Vereen, D., comunicación personal, sesión de trabajo con el Dr. Donald Vereen del National Institute of Drug Abuse en la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación de Centros de Integración Juvenil, A. C., 28 de mayo, 1997.
Vernon, D. D., "Poisoning and Drug Overdose", *Critical Care Clinics,* 13 (3): 647-667, 1997.
Vidal Gual, J. M., "La enseñanza de la ética moderna", *Revista Cubana de Salud Pública,* 25 (2): 166-177, 1999.
Vidrio, M., *Un estudio descriptivo del abuso sexual en Guadalajara. Violación, incesto, atentado al pudor y estupro,* Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1991.
Vilaseca Canals, J. y J. Espinàs Boquet (comps.), *Guía terapéutica en atención primaria. Basada en la evidencia,* Barcelona, SEMFYC, 2a. ed., 2004.
Villatoro, J., I. Hernández, H. Hernández, C. Fleiz, J. Blanco y M. E. Medina-Mora, *Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar a Nivel Nacional y D. F., 2003,* México, 2004.
Vocci, F. y A. Elkashef, "Pharmacotherapy and Other Treatment for Cocaine Abuse and Dependence", *Current Opinion in Psychiatry,* 18: 265-270, 2005.
Vocci, F. y E. D. London, "Assessment of Neurotoxicity from Potential Medications for Drug Abuse: Ibogaine Testing and Brain Imaging", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 30 de mayo, 820: 29-39, 1997.
Voeller, K. K. S. y K. Heuilman, "Attention Deficit Disorder in Children: A Neglect Syndrome?", *Neurology*, 38: 806-808, 1989.
Volkan, V. D., "Transitional Fantasies in the Analysis of a Narcissistic Personality", *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 21: 351-376, 1973.
Volkow, N. D., Y. Ding, J. S. Fowler, G. Wang, J. Logan y J. S. Gatley, "Is Methylphenidate Like Cocaine?", *Archives of General Psychiatry,* 52: 456-463, 1995.
Volkow, N. D. y J. S. Fowler, "Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex", *Cerebral Cortex*, 10: 318-325, 2000.
Volkow, N. D., J. S. Fowler y G. J. Wang, "Imaging Studies on the Role of Dopamine in Cocaine Reinforcement and Addiction in Humans", *Journal of Psychopharmacology,* 13: 337-345, 1999.
_____, "Role of Dopamine in Drug Reinforcement and Addiction in Humans: Results from Imaging Studies", *Behavioural Pharmacology,* septiembre, 13 (5-6): 355-366, 2002.
Volkow, N. D., J. S. Fowler, M. Wolf, L. Schyler, K. Logan, M. Christman, H. Bendriem, F. Hitzemann y M. Henn, "Effects of Chronic Cocaine Abuse on

Postsynaptic Dopamine Receptors”, *American Journal of Psychiatry,* 147: 6, 1990.
Volkow, N. D., G. Wang, J. Fowler, R. Hitzemann y B. Angrist, “Association of Methylphenidate-Induced Craving with Changes in Right Striato-Orbitofrontal Metabolism in Cocaine Abusers: Implications in Addictions”, *The American Journal of Psychiatry,* 156 (1): 19-26, 1999.
Volkow, N. D., G. Wang, J. Fowler, S. Gatley, J. Logan e Y. Ding, “Dopamine Transporter Occupancies in the Human Brain Induced by Therapeutic Doses of Oral Methylphenidate”, *The American Journal of Psychiatry,* 155 (10): 1325-1331, 1998.
Volkow, N. D., J. S. Fowler, G. J. Wang y R. Z. Goldstein, “Role of Dopamine, the Frontal Cortex and Memory Circuits in Drug Addiction: Insight from Imaging Studies”, *Behavioural Pharmacology,* diciembre, 15 (8): 284-296, 2002.
Volkow, N. D., G. J. Wang, J. S. Fowler, G. Logan, D. Franceschi y L. Maynard, “Relationship Between Blockade of Dopamine Transporters by Oral Methylphenidate and the Increases in Extracellular Dopamine. Therapeutic implications”, *Synapse*, 43 (3): 181-187, 2002.
Volkow, N. D., G. S. Wang, J. S. Fowler, J. Logan, S. J. Gatley y C. Wong, “Reinforcing Effects of Psychostimulants in Humans are Associated with Increases in Brain Dopamine and Occupancy of D(2) Receptors”, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics,* 291: 409-415, 1999.
Volkow, N. D., G. J. Wang, J. S. Fowler, G. Logan, M. Gerasimov y L. Maynard, “Therapeutic Doses of Oral Methylphenidate Significantly Increase Extracellular Dopamine in Human Brain”, *The Journal of Neuroscience,* 21: 1-5, 2001.
Volpe, J. J., “Effect of Cocaine Use on the Fetus”, *New England Journal of Medicine,* 327: 399-406, 1992.
Volpicelli, J. R., A. I. Alterman, M. Hayasgida y C. P. O’Brien, “Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence”, *Archives of General Psychiatry,* 49: 876-880, 1992.
Volpicelli, J. R., H. M. Petinatti, A. T. McLellan y C. H. P. O’Brien, *Combining Medication and Psychosocial Treatments for Addictions: The BRENDA Model,* Nueva York, Guilford Press, 2001.
Volpicelli, J. R., K. C. Rhines, J. S. Rhines, L. A. Volpicelli, A. I. Alterman y C. P. O’Brien, “Effect of Naltrexone on Alcohol ‘High’ in Alcoholics”, *The American Journal of Psychiatry,* 152: 613-615, 1997.
Vörös, V., S. Fekete, A. Hewitt y P. Osváth, “Suicidal Behavior in Adolescents, Psychopathology and Addictive Comorbidity”, *Neuropsychopharmacology,* 1, junio, 7 (2): 66-71, 2005.
Wahl, O. F., *Media Madness: Public Images of Mental Illness,* New Brunswick, Rutgers University Press, 1995.

____, “Mental Health Consumers’ Experience of Stigma”, *Schizophrenia Bulletin*, 25: 467-478, 1999.

Waitzkin, H. y T. Britt, “Processing Narratives of Self-destructive Behavior in Routine Medical Encounters: Health Promotion, Disease Prevention, and the Discourse of Health Care”, *Social Science & Medicine,* 36 (9): 1121-1136, 1993.

Waldron, T., “Tatoos, Body Piercing are Linked to Psychiatric Disorders in Youth”, *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 14 (7): 1-3, 1998.

Wallace, C. L., “Social Skills Training in Psychiatric Rehabilitation: Recent Findings”, *International Review of Psychiatry*, 19: 9-19, 1998.

Wallace, C. L., y R. P. Liberman, “Psychiatric Rehabilitation”, en G. O. Gabbard (comp.), *Treatments of Psychiatric Disorders,* Washington, D. C., American Psychiatric Publishing, pp. 19-38, 2a. ed., 1996.

Wallace, C. L. y R. P. Liberman, “Supplementing Supported Employment with the Workplace Fundamentals Module”, *Psychiatric Services,* 55: 513-515, 2004.

Walsh, B. J., “Utilization Sobriety: Brief, Individualized Substance Abuse Treatment Employing Ideo-motor Questioning”, *American Journal of Clinical Hypnosis,* enero, 45 (3): 217-224, 2003.

Walsh, B. y M. Garner, “Diagnostic Issues”, en M. Garner y P. Garfinkel (comps.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* Nueva York, Guilford Press, pp. 25-33, 1997.

Wang, G. J., N. D. Volkow, L. Chang, E. Miller, M. Sedler, R. Hitzemann, W. Zhu, J. Logan e Y. Ma, “Partial Recovery of Brain Metabolism in Methamphetamine Abusers After Protracted Abstinence”, *The American Journal of Psychiatry,* febrero, 161: 242-248, 2004.

Warburton, D. M., E. Bersellini y E. Sweeney, “An Evaluation of a Caffeinated Taurine Drink on Mood, Memory and Information Processing in Healthy Volunteers Without Caffeine Abstinence”, *Psychopharmacology,* 158: 322-328, 2001.

Ward, M. F., P. H. Wender y F. W. Reimherr, “The Wender UTA Rating Scale: An Aid in the Retrospective Diagnosis of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, *The American Journal of Psychiatry,* 150: 885-890, 1993.

Warner, E. A., T. R. Kosten y P. G. O’Connor, “Pharmacotherapy for Opioid and Cocaine Abuse”, *Medical Clinics of North America,* 81: 909-925, 1997.

Waters, E., N. S. Hamilton y C. E. Weinfield, “The Stability of Attachment Security from Infancy to Adolescence and Early Adulthood. General Discussion”, *Child & Development,* mayo-junio, 71 (39): 73-76, 2000.

Watson, A. C. y P. W. Corrigan, “Responsibility and Addiction”, *Psychiatric Services,* octubre, 53 (10): 1327-1328, 2002.

Watzlawick, P., J. Beavin y D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana,* Barcelona, Herder, 1981.

Waxman, S., *Neuroanatomía y neurología funcional,* México, El Manual Moderno, 1997.

Weaver, A. y F. B. De Waal, "An Index of Relationship Quality Based on Attachment Theory", *Journal of Comparative and Physiological Psychology,* 116: 93-106, 2002.

Weaver, T. L. y G. A. Clum, "Interpersonal Violence: Expanding the Search for Long-Term Sequelae within a Sample of Battered Women", *Journal of Traumatic Stress,* octubre, 9 (4): 783-803, 1996.

Wechsler, H., A. E. Davenport, G. W. Dowdall, S. J. Grossman y S. I. Zanakos, "Binge Drinking, Tobacco, and Illicit Drug Use and Involvement in College Athletics. A Survey of Students at 140 American Colleges", *Journal of American College Health,* 45: 195-200, 1997.

Weihs, K., "Mental Health Care in the Primary Care Setting", *Families, Systems, and Health,* 15: 37-39, 1997.

Weinberger, L. E., S. Sreenivasan, T. Garrick y H. Osran, "The Impact of Surgical Castration on Sexual Recidivism Risk Among Sexually Violent Predatory Offenders", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law,* 33 (1): 16-36, 2005.

Weiner, B., *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct,* Nueva York, Guilford Press, 1995.

Weinstoch, J. S., M. Alessi y N. M. Petry, "Regardless of Psychiatric Severity the Addition of Contingency Management to Standard Treatment Improves Retention and Drug Use Outcomes", *Drug and Alcohol Dependence,* marzo, 16, 87 (2-3): 288-296, 2007.

Weisner, C., H. Matzger, T. Tam y L. Schmidt, "Who Goes to Alcohol and Drug Treatment? Understanding Utilization within the Context of Insurance", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* noviembre, 63 (6): 673-682, 2002.

Weisner, C., J. Mertens, S. Parthasarathy, C. Moore e Y. Lu, "Integrating Primary Medical Care with Addiction Treatment: A Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association,* 286: 1715-1723, 2001.

Weiss, G., L. Hechtman, T. Milroy y T. Perlman, "Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-year Follow-up of 63 Hyperactive Children", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 24: 211-220, 1985.

_____, *ADHD*, Filadelfia, W. B. Saunders Company, 1992.

Weiss, M. G., S. Jadhav y R. Raghuram, "Psychiatric Stigma Across Cultures: Local Validation in Bangalore and London", *Anthropology and Medicine,* 8: 71-87, 2001.

Weiss, S. J., "Chlorination of Taurine by Human Neutrophils. Evidence for Hypochlorous Acid Generation", *The Journal of Clinical Investigation,* 70:

598-607, 1982.
Weissman, M. M., R. Bland y P. R. Joyce, "Sex Differences in Rates of Depression: Cross-National Perspectives", *Journal of Affective Disorders,* 29: 77-84, 1993.
Weissman, M. M., E. S. Gershon y K. K. Kidd, "Psychiatric Disorders in the Relatives of Probands with Affective Disorders", *Archives of General Psychiatry*, 41:13-21, 1984.
Weissman, M. M. y G. L. Klerman, "Sex Differences and the Epidemiology of Depression", *Archives of General Psychiatry,* 34: 98-111, 1977.
Weissman, M. M. y K. R. Merikangas, "The Epidemiology of Anxiety and Panic Disorders: An Update", *Journal of Clinical Psychiatry,* 47, supl. 6: 11-17, 1986.
Wenk, G. L., "An Hypothesis of the Role of Glucose in the Mechanism of Cognitive Enhancers", *Psychopharmacology,* 99: 431-438, 1989.
Wesnes, K. A., T. Ward, A. McGinty y O. Petrini, "The Memory Enhancing Effects of a Ginkgo Biloba/Panax Ginseng Combination in Healthy Middle Aged Volunteers", *Psychopharmacology,* 152: 353-361, 2000.
Wesson, D. R., *Detoxification From Alcohol and Other Drugs,* Treatment Improvement Protocol (TIP), serie 19, Consensus Panel Chair, Washington, D. C., U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1995.
Westreich, L., "Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia", *Psiquiatría y Salud Integral,* enero-febrero: 58-60, 2002.
Wetherell, J. L. y P. A. Arean, "Psychometric Evaluation of the Beck Anxiety Inventory with Medical Patients", *Psychological Assessment,* 9: 136-144, 1997.
Whimore, E. A., S. K. Milulick y L. L. Thompson, "Influences on Adolescent Substance Dependence, Conduct Disorders, Depression, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Gender", *Drug and Alcohol Dependence,* 47: 87-97, 1997.
White, N. M., "Addictive Drugs as Reinforcers: Multiple Partial Actions on Memory Systems", *Addiction,* 91: 921-949, 1996.
Whitlock, J. y K. L. Knox, "The Relationship Between Self-Injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 161 (7): 634-640, 2007.
WHO, World Health Organisation, *Evaluation of Dependence Liability and Dependence Potential of Drugs,* Ginebra, Technical Reports Series, núm. 577, 1975.
WHO, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps,* Ginebra, 1980.

____, “Focus: Teenage Sexuality. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)”, *The International Journal of Gynecology & Obstetrics,* mayo, 32 (1): 81, 1990.
____, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* décima revisión, Ginebra, 1992a.
____, *Women and Substance Abuse,* interim report, Ginebra, 1992b.
____, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research,* Ginebra, 1993a.
____, Programme on Substance Abuse, *Approaches to Treatment of Substance Abuse,* Ginebra, 1993b.
____, *Lexicon of Alcohol and Drug Terms,* Ginebra, 1994.
____, *Consultation on WHO Drug Substitution Project,* report WHO/PSA/96.3, Ginebra, 1995.
____, *Education in Psychiatry of the Elderly. A Consensus Statement,* Ginebra, Division on Mental Health and Prevention of Substance Abuse and World Psychiatric Association, 1998.
____, *Human Rights and Legislation. WHO Resource Book on Mental Health,* Ginebra, 2005.
Widlitz, M. y D. B. Marin, “Substance Abuse in Older Adults. An Overview”, *Geriatrics,* diciembre, 57 (12): 29-34, 2002.
Widom, S. y B. Kuhns, “Childhood Victimization and Subsequent Risk for Promiscuity, Prostitution, and Teenage Pregnancy: A Prospective Study”, *American Journal of Public Health,* noviembre, 86 (11): 1607-1612, 1996.
Wilbur, J., A. Miller y A. Montgomery, “The Influence of Demographic Characteristics, Menopausal Status, and Symptoms on Women’s Attitudes Toward Menopause”, *Women Health,* 23 (3): 19-39, 1995.
Wild, R. A., E. L. Taylor y A. Knehans, “The Gynecologist and the Prevention of Cardiovascular Disease”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* enero, 172, parte 1: 1-13, 1995.
Wilens, T. E., “The Children and Adolescent Offspring of Alcoholic Parents”, *Current Opinion in Psychiatry,* 7: 319-323, 1994.
Wilens, T. E., “Alcohol and Other Drug Use and ADHD”, *Alcohol Health & Research World,* 22 (2): 127-130, 1998.
____, “Drug Therapy for Adults with ADHD”, *Drugs,* 63 (22): 2395-2411, 2003.
____, “Relationship, Subtypes at Risk, and Treatment Issues”, *Psychiatric Clinics of North America,* junio, 27 (2): 1-5, 2004.
Wilens, T. E. y J. Biederman, “Psychopathology in Preadolescent Children at High Risk for Substance Abuse: A Review of the Literature”, *Harvard Review of Psychiatry,* 1: 207-218, 1993.
Wilens, T. E., J. Biederman y E. Mick, “Does ADHD Affect the Course of Substance Abuse? Findings from a Sample of Adults with/without ADHD”, *American Journal on Addictions,* 7: 156-163, 1998.

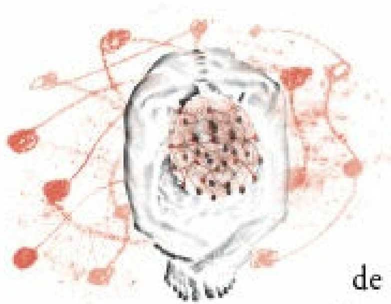
Wilens, T. E., J. Biederman, E. Mick, S. V. Faraone y T. Spencer, "ADHD is Associated with Early-Onset Substance Use Disorders", *Journal of Nervous and Mental Disease,* 185 (8): 475-482, 1997.
Wilens, T. E., J. Biederman y T. J. Spencer, "Are ADHD and the Psychoactive Substance Use Disorders Really Related?", *Harvard Review of Psychiatry,* 3: 260-262, 1995.
____, "Attention-Deficit Disorder with Substance Abuse", en T. Brown (comp.), *Subtypes of Attention-deficit Disorders in Children, Adolescents, and Adults,* Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1996a.
____, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Psychoactive Substance Use Disorders", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 5: 73-91, 1996b.
____, "Case Study: Adverse Effects of Smoking Marijuana While Receiving Tricyclic Antidepressants", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 36: 45-48, 1997.
Wilens, T. E., J. Biederman, T. Spencer, J. Bostic, J. Prince y M. Monuteaux, "A Pilot Controlled Clinical Trial of Abt-418, a Cholinergic Agonist, in the Treatment of Adults with ADHD", *The American Journal of Psychiatry,* 156: 1931-1937, 1999.
Wilens, T. E., S. Faraone, J. Biederman y S. Gunawardene, "Does Stimulant Therapy of ADHD Beget Later Substance Abuse: A Meta-Analytic Review of the Literature", *Pediatrics,* 64 11 (1): 179-185, 2003.
Wilens, T. E., A. Hahesy, J. Biederman, B. Bredin, S. Tanguay y M. C. Monuteaux, "Influence of Parental sud and ADHD on ADHD in their Offspring. Preliminary Results from a Pilot Controlled Family Study", *American Journal on Addictions,* 9, 137-139, 2000.
Wilens, T. E., S. McDermott, J. Biederman, A. Abrantes, A. Hahesy y T. Spencer, "Cognitive Therapy in the Treatment of Adults with ADHD: A Systematic Chart Review of 26 Cases", *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly,* 13 (3): 215-226, 1999.
Wilfley, D., W. Agras y C. Telch, "Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Non-Purging Bulimic Individual: A Controlled Comparison", *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61: 261-269, 1993.
Williams, S. P., "The Serotonin Transporter: A Primary Target for Antidepressant Drugs", *Journal of Psychopharmacology,* 12 (2): 115-121, 1998.
Wilson, C., J. Dundee, J. Moore *et al.,* "A Comparation of the Early Pharmacokinetics of Midazolam in Pregnant and Nonpregnant Women", *Anesthesia,* 42: 1057-1062, 1987.
Winder, D. G., R. E. Egli, N. L. Schramm y R. T. Matthews, "Synaptic Plasticity in Drug Reward Circuitry", *Current Molecular Medicine,* 2: 667-676, 2002.

Winnicott, D. W., "Transitional Objects and Transitional Phenomena", *Collected Papers,* Nueva York, Basic Books, pp. 229-242, 1958.
____, *Collected Papers Through Pediatrics to Psychoanalysis,* Nueva York, Basic, 1958.
Wisborg, K., V. Kesmodel, B. H. Bech, M. Hedegaard y T. B. Hendriksen, "Maternal Consumption of Coffe During Pregnacy and Stillbirth and Infant Death in the First Year of Life", *British Medical Journal,* 326: 420-423, 2003.
Witte, K., G. Meyer y D. P. Martell, *Effective Health Risk Messages: A Step-By-Step Guide,* Sage, Newbury Park, 2001.
Wolberg, L., *Short Term Psychotherapy,* Nueva York, Grune and Stratton, 1965.
____, *The Technique of Psychotherapy,* Londres, Secker and Warburg-Heinem Annals of Medicine Books, 1977.
Wolf, M. E., S. Mangiavacchi y X. Sun, "Mechanisms by which Dopamine Receptors May Influence Synaptic Plasticity", *Annals of the New York Academy of Sciences,* 1003: 241-249, 2003.
Wolpaw, J. R. y D. J. McFarland, "Multichannel-EEG-Based Brain-Computer Communication", *Journal of Electroencephalography and Clinical Neurophysiology,* 90 (6): 444-449, 1994.
Won-Joo Kim, Soo-Chul Parks, L. Se-Jin, Joon-Hong Lee, Jung Yeon Kim, Byung-In Lee y Dong-Ik Kim, "The Prognosis for Control of Seizures with Medications in Patients with MRI Evidence for Mesial Temporal Sclerosis", *Epilepsia,* 40 (3): 290-293, 1999.
Wonderlich A. y D. Brewerton, "Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 1107-1114, 1997.
Wong, C. y J. M. Swanson, "Expectation Enhances the Regional Brain Metabolic and the Reinforcing Effects of Stimulants in Cocaine Abusers", *The Journal of Neuroscience,* 23: 11461-11468, 2003.
Wong, H. W, Y. K. Tay y C. S. Sim, "Papular Eruption on a Tattoo: A Case of Primary Inoculation Tuberculosis", *Australasian Journal of Dermatology,* 46: 84-87, 2005.
Wong, M. T., J. Lumsden, G. W. Fenton y P. B. Fenwick, "Electroencephalography, Computed Tomography and Violence Ratings of Male Patients in a Maximum-Security Mental Hospital", *Acta Psychiatrica Scandinavica,* agosto, 90 (2): 97-101, 1994.
Woods, J. R. "Clinical Management of Drug Dependency in Pregnancy", en N. Chiang y L. Finnegan (comps.), *Medications Development for the Treatment of Pregnant Addicts and their Infants,* Rockville, NIDA, 1995.
Woody, G., "Research Findings on Psychotherapy of Addiction Disorders", *American Journal on Addictions,* 12 (2): 19-26, 2003.
Worrall, B. B., C. D. Phillips y K. K. Henderson, "Herbal Energy Drinks, Phenylpropanoid Compounds, and Cerebral Vasculopathy", *Neurology,*

octubre, 65: 1137-1138, 2005.
WPA, “The Training Implications for Psychiatrists in the Community”, WPA Zone Representatives Meeting, Ginebra, 2004.
Wright, J., “Modifying the Body: Piercing and Tattoos Review Article”, *Nursing Standard,* 10: 27-30, 1995.
Wu, L. T., C. L. Ringwalt y C. E. Williams, “Use of Substance Abuse Treatment Services by Persons with Mental Health and Substance Use Problems”, *Psychiatric Services*, marzo, 54 (3): 363-369, 2003.
Wurst, F. M., R. Vogel yM. Wolfersdorf, “Substance Dependence and Suicide in Hospitalized Patients. A Description”, *Psychiatrische Praxis,* 27 (1): 11-13, 2000.
Wyatt, G. E., D. Guthrie y C. M. Notgrass, “Differential Effects of Women’s Child Sexual Abuse and Subsequent Sexual Revictimization”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* abril 60 (2): 167-173, 1992.
Xirau, R., *Introducción a la historia de la filosofía,* México, UNAM, 3a. ed., 1987.
Yamaguchi, K. y D. B. Kandel, “Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: II. Sequences of Progression”, *American Journal of Public Health,* 74: 668-672, 1984.
Yanos, P. T., S. Rosenfield y A. V. Horwitz, “Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness”, *Community Mental Health Journal,* 37: 405-419, 2001.
Yates, T. M., “The Developmental Psychopathology of Self-Injurious Behavior: Compensatory Regulation in Posttraumatic Adaptation”, *Clinical Psychology Review,* 24: 35-74, 2004.
Yellowlees, P. M. y A. V. Kaushik, “A Case-Control Study of the Sequelae of Childhood Sexual Assault in Adult Psychiatric Patients”, *Medical Journal of Australia,* 4, 160 (7): 408-411, 1994.
Yonkers, K. A. y L S. Austin, “Mood Disorders: Women and Affective Disorders”, *Primary Psychiatry,* 3: 27-28, 1996.
Yonkers, K. A. y E. White, “Premenstrual Exacerbation of Depression: One Process or Two?”, *Journal of Clinical Psychiatry,* 53: 289-292, 1992.
Zahm, D. S., “An Integrative Neuroanatomical Perspective on Some Subcortical Substrates of Adaptive Responding with Emphasis on the Nucleus Accumbens”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews,* 24: 85-105, 2000.
Zajur, E., “Armisticio y acuerdos. Desarme unilateral”, en A. Aramoni, V. Saavedra, J. Derbez, F. Narváez, J. Silva, C. García y E. Zajur, *La guerra de los sexos,* México, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C./Editorial Sara Moirón, 1971.
Zalce, M., “Violación”, en *Memorias de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana,* México, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, A. C., 1980.
Zald, D. H. y S. W. Kim, “Anatomy and Function of the Orbital Frontal Cortex. I Anatomy, Neurochemistry, and Obssesive-Compulsive Disorder”, *Journal of*

Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 8: 125-138, 1996.
Zawada, E. T., J. Nappi y G. Done, "Advances in the Hemodialysis Management of Phenobarbital Overdose", *Southern Medical Journal,* 7: 6-14, 1983.
Zealberg, J. J. y K. T. Brady, "Substance Abuse and Emergency Psychiatry", *Psychiatric Clinics of North America,* 22: 803-817, 1999.
Ziedonis, D. M., "Integrated Treatment of Co-occurring Mental Illness and Addiction: Clinical Intervention, Program, and System Perspectives", *CNS Spectrums,* diciembre, 9 (12): 892-904, 2004.
Zierler S., L. Feingold, D. Laufer, P. Velentgas, I. Kantrowitz-Gordon y K. Mayer, "Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse and Subsequent Risk of HIV Infection", *American Journal of Public Health,* 81 (5): 572-575, 1991.
Zinbarg, R. E., D. H. Barlow y M. Liebowit, "The DSM IV Field Trial for Mixed Anxiety Depression", *The American Journal of Psychiatry,* 151: 21153-21162, 1994.
Zohar, J. y R. Judge, "Paroxetine versus Clomipramine in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder", *The British Journal of Psychiatry,* 169: 468-474, 1996.
Zuckerman, B., D. Frank y E. Brown, "Overview of the Effects of Abuse and Drugs on Pregnancy and Offspring", en N. Chiang y L. Finnegan (comps.), *Medications Development for the Treatment of Pregnant Addicts and their Infants,* Rockville, NIDA *Research Monograph,* 149, 1995.

Índice



Hasta hace poco las adicciones no eran consideradas una enfermedad. El reconocimiento por parte de médicos y científicos de la necesidad de atenderlas como un problema de salud pública ha dado lugar a nuevos estudios sobre el tema que suponen la búsqueda de procedimientos interdisciplinarios, diagnósticos integrales y tratamientos adecuados.

Mucha de la bibliografía sobre las adicciones no refleja las condiciones que se viven en los países en vías de desarrollo o se queda en el ámbito de la investigación científica, y sus resultados no llegan a la población en la forma de programas de prevención y tratamiento eficaces. *Psiquiatría de las adicciones* viene a llenar un vacío en la urgente tarea de ofrecer información para el desarrollo de modelos de control de las adicciones que reduzcan su impacto social y creen estrategias educativas y preventivas, además de ofrecer una orientación tanto a los profesionales de la salud como a los interesados en el tema.

Índice